

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família – Turma 4



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da atenção à saúde do idoso na ESF Boa Esperança, Rolim de
Moura/RO.**

Rosana Fiuza Oliveira Martins

Pelotas, 2014

Rosana Fiuza Oliveira Martins

Qualificação da atenção à saúde do idoso na ESF Boa Esperança, Rolim de Moura/RO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade à distância da Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS (UNASUS), como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mariana Gonzalez Cademartori

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M379q Martins, Rosana Fiuza Oliveira

Qualificação da atenção à saúde do idoso na ESF Boa Esperança, Rolim de Moura/RO / Rosana Fiuza Oliveira Martins ; Mariana Gonzalez Cademartori, orientadora. — Pelotas, 2014.

89 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde do idoso. I. Cademartori, Mariana Gonzalez, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Dedicatória

Dedico este trabalho **aos meus pais e ao meu esposo** que me deram muito apoio e sempre estão ao meu lado me ajudando e incentivando. E dedico também **à orientadora Mariana** que ao longo deste curso sempre esteve presente me ajudando com muita dedicação.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que iluminou o meu caminho durante esta caminhada e sempre me protegendo. Ao meu esposo, Antônio que de forma muito especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, aos meus pais que sempre estão presentes na minha vida me incentivando em tudo que realizo. Agradeço também de todo o coração a minha orientadora Mariana que foi muito importante para meu processo de aprendizagem, com orientações e muito incentivo.

Lista de Figuras

Análise Situacional

Figura 1	Mapa do Brasil. Localização do município Rolim de Moura, RO. Brasil, 2014.....	15
Figura 2	Vista aérea da cidade Rolim de Moura, RO. Brasil, 2014.....	15

Resultados

Figura 1	Gráfico da cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso na Unidade de Saúde.....	63
Figura 2	Gráfico da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.....	66
Figura 3	Gráfico da proporção de idosos com Exame Clínico apropriado em dia.....	67
Figura 4	Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.....	68
Figura 5	Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	69
Figura 6	Gráfico da proporção de idosos com Avaliação de Risco para Morbimortalidade em dia.....	70
Figura 7	Gráfico da proporção de idosos com Avaliação de Rede Social em dia.....	71
Figura 8	Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.....	72
Figura 9	Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação para prática de atividade física regular.....	73

Lista de abreviaturas

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

CEO- Centro Especializado em Odontologia

DM- Diabetes Mellitus

ESF- Estratégia Saúde da Família

ESFBE - Estratégia Saúde da Família Boa Esperança

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

MS- Ministério da Saúde

SAME- Serviço Ambulatorial Médico e Estatísticas

SEMUSA- Secretaria Municipal de Saúde

UBSP- JHJ Unidade Básica Policlínica Júlio Henrique Jacob

UNASUS- Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

1 Análise Situacional	13
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	25
3 Relatório da Intervenção.....	60
4 Avaliação da Intervenção	63
5 Discussão	75
5.1 Relatório da intervenção para a comunidade.....	78
5.2 Relatório da intervenção para os gestores.....	80
6 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	83
Referências	86
Anexos	87
Apêndices	91

Resumo

MARTINS, Rosana Fiuza Oliveira. Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na ESF Boa Esperança, Rolim de Moura/RO 2014. 89fs. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UNASUS - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Estratégia Saúde da Família é uma ação prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil, importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adscrição de clientela e aproximação da realidade sociocultural da população e da postura proativa desenvolvida pela equipe. A Estratégia Saúde da Família Boa Esperança pertence ao bairro Boa Esperança, localizado na zona urbana da cidade de Rolim de Moura, RO. Atualmente está com 2000 famílias cadastradas, uma média de 7.340 pessoas. Essa situação reflete negativamente na atenção a saúde do idoso, por limitar-se a ações curativas advindas da livre demanda. É importante aperfeiçoar a Atenção à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde no intuito de sistematizar o trabalho e torna-lo mais eficiente tanto para comunidade quanto para a equipe, realizando um trabalho multidisciplinar que permita atender aos preceitos e diretrizes do SUS nesta população. O objetivo deste trabalho foi melhorar a Atenção à Saúde do Idoso da e Estratégia Saúde da Família Boa Esperança no município Rolim de Moura, estado de Rondônia. A intervenção foi realizada ao longo de quatro meses (Setembro de 2013 a Janeiro de 2014). Ao longo dos quatro meses, as ações foram desenvolvidas com base em quatro eixos pedagógicos a fim de que se alcançassem metas estabelecidas: (1) Organização e gestão do serviço, (2) Monitoramento e avaliação, (3) Engajamento público e, (4) Qualificação da prática clínica. O foco de atenção das ações foram os 200 idosos cadastrados pela unidade de saúde. Ao final dos quatro meses de intervenção foi alcançado um percentual de 100% para as metas: Visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, Rastreamento dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica e dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus, e busca ativa de 100% dos idosos faltosos às consultas programadas. Além disso, 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos receberam as solicitações de exames complementares periódicos. Os indicadores quanto ao atendimento odontológico não puderam ser calculados devido às limitações e dificuldades encontradas no trabalho em conjunto com o Odontólogo da Unidade. A intervenção na unidade de Saúde Boa Esperança, propiciou a ampliação da cobertura da atenção voltada à saúde dos idosos, a melhoria dos registros e o cuidado clínico e todos os fatores que correspondem ao cuidado do indivíduo como um todo, pois foram avaliados todos os aspectos, como: o físico, o social e o psicológico. A intervenção foi eficiente em qualificar as ações de atenção à saúde do idoso, qualificando a assistência a estes usuários, bem como estruturando o serviço na unidade de Estratégia Saúde da Família Boa Esperança.

Palavras-Chaves: Idoso, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Após realizar a análise situacional e estratégica foi possível melhorar a qualidade da saúde do idoso da unidade de ESF Boa Esperança localizada no município Rolim de Moura, Rondônia.

Este volume abrange o relatório da análise situacional, com a descrição das características do município, da Unidade de Saúde Policlínica Júlio Henrique Jacob, os principais problemas encontrados na Unidade de Saúde, e as atividades realizadas pela equipe da ESF Boa Esperança.

A análise estratégica aborda a justificativa do projeto, assim como objetivos e metas, metodologia usada, todas as ações detalhadas com indicadores de monitoramento e o cronograma.

O relatório da intervenção descreve o trabalho desenvolvido e a avaliação da intervenção apresenta os resultados alcançados.

Na discussão, foi relatado como era o trabalho com os idosos antes da intervenção, e como ficou após a intervenção. Foi apresentado o relatório da intervenção para a comunidade e para os gestores. Na reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem foram abordadas as expectativas no início da intervenção, as dificuldades encontradas assim como a importância do trabalho desenvolvido.

1 Análise Situacional

1.1 Relatório Inicial da Análise Situacional: Situação da ESF/APS na terceira semana de ambientação. Abril 2013

O Município de Rolim de Moura está localizado no Estado de Rondônia com aproximadamente 50 mil habitantes. Atualmente a Atenção Básica apresenta 09 Equipes de Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família Boa Esperança está inserida na Unidade Básica Policlínica, onde também há outra equipe de ESF. Está localizada no Bairro Boa Esperança em um local de fácil acesso para a comunidade. Fazem parte desta equipe: um médico, especialista em Saúde da Família, uma enfermeira, especializanda em Saúde da Família que está desenvolvendo esta intervenção, uma técnica em enfermagem, um dentista, uma técnica em higiene dental e doze Agentes Comunitários de Saúde.

A Unidade Básica é composta por: SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatísticas), nove consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, dois consultórios odontológicos, recepção, triagem, sala de curativo, sala de observação, sala para os Agentes de Saúde, direção, dois banheiros para funcionários, três banheiros para pacientes, cozinha, sala de esterilização, sala de vacina e almoxarifado.

A Estratégia Saúde da Família Boa Esperança atualmente está com 2.000 famílias cadastradas, sendo 255 pacientes hipertensos, 57 pacientes diabéticos, 4 pacientes em tratamento para Hanseníase, 315 crianças menores de 5 anos e 40 gestantes. A área de abrangência está toda coberta pelos Agentes Comunitários de Saúde. As consultas médicas e de enfermagem são todas agendadas pelos Agentes de Saúde. Todos os profissionais desta equipe trabalham todos os dias da semana, 40 horas semanais.

O médico atende toda a população conforme o agendamento e são deixadas algumas vagas para uma possível urgência. A Enfermeira faz consulta de pré-natal de baixo risco, coleta de Papanicolau, triagem neonatal, puericultura, atendimento

Hiperdia, acompanhamento dos pacientes com Hanseníase e Tuberculose. São realizados pela equipe o cadastramento do SIS Pré-Natal, Hiperdia e o atendimento e acompanhamento integral de toda a área de abrangência.

No município de Rolim de Moura todos os atendimentos nas Unidades Básicas são realizados de forma descentralizada e, quando, necessário os pacientes são encaminhados para as especialidades. No entanto, um fator negativo é que o agendamento para as especialidades são muito demorados, a demanda é muito grande para poucos especialistas.

Atualmente o município está com uma equipe do NASF, que ainda está em fase de adaptação, pois não atende às necessidades das equipes de saúde da família existentes no município.

Um grande problema que dificulta muito o acesso do paciente é a farmácia básica, pois ela mesma fica muito afastada das unidades básicas de saúde e o paciente após sua consulta tem que se deslocar para conseguir pegar sua medicação.

A equipe de saúde bucal está inserida em apenas três equipes de Estratégia Saúde da Família com isso os profissionais acabam atendendo uma demanda muito grande, pois não atendem somente sua área de abrangência. O agendamento odontológico é realizado uma vez por mês para toda a população do município, as filas são imensas e nem sempre os pacientes conseguem agendamento.

Com relação ao atendimento das gestantes, na primeira consulta é realizado o cadastramento no SIS Pré-Natal e realizado também os testes rápido para HIV 1 e 2, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C. Os exames laboratoriais são realizados no laboratório municipal, no entanto alguns não são disponibilizados pelo município e os pacientes acabam realizando particular.

Quanto à estrutura física a Unidade é relativamente grande, no entanto faltam alguns ajustes, como melhorar a ventilação onde os pacientes aguardam as consultas, pois o local é um corredor amplo e fechado. Há a necessidade também de um local para atender os sintomáticos respiratórios.

Os pacientes dessa área de abrangência tem uma boa relação com toda a equipe de saúde, muitos residem há muito tempo nessa área e já conhecem todos da estratégia saúde da família, e praticamente toda a equipe está a mais de oito anos com essa área de abrangência. A busca ativa dos pacientes faltosos às consultas ou a determinado tipo de tratamento sempre é realizada.

Analisando um contexto geral da Estratégia Saúde da Família Boa Esperança, podemos observar que se trata de uma equipe que trabalha em conjunto, tem uma boa relação com seus usuários, todos os profissionais cumprem sua jornada de trabalho com responsabilidade. No entanto alguns aspectos ainda precisam ser melhorados pelos gestores do município.

1.2 Relatório Final da Análise Situacional: Situação da ESF/APS – Julho 2013.

O município de Rolim de Moura está localizado no estado de Rondônia a aproximadamente 500 km da capital Porto Velho, e hoje está com aproximadamente 51.142 habitantes (CENSO, 2010), sendo a 7ª cidade mais populosa de Rondônia.



Figura 1. Mapa do Brasil. Localização do município Rolim de Moura, RO. Brasil, 2014. Fonte: Domínio Público.



Figura 2. Vista aérea da cidade Rolim de Moura, RO. Brasil, 2014. Fonte: Domínio Público.

Rolim de Moura sustenta o 7º maior PIB de Rondônia. Possui uma área de 1487,35 km². A hidrografia é representada pelos rios: Anta Atirada, Palha, Bamburro, São Pedro e Rolim de Moura. Ambos afluentes do Rio Machado, sendo que, o Município é cortado ainda, por vários riachos e igarapés.

A vegetação dominante é a Floresta Equatorial Amazônica com presença esparsa de campos e cerrados. O clima equatorial quente e úmido atua na região, no período entre Junho e Agosto, quando as massas de ar polar conseguem penetrar na região, assim derrubando os termômetros com temperaturas inferiores aos 10°C. Esse fenômeno, caracterizado como friagem, pode durar de 2 a 7 dias dependendo da situação, mesmo assim a friagem não provoca grandes mudanças nas médias mensais. A zona rural rolimourense é traçada por estradas vicinais paralelas numeradas, chamadas na região de "linhas". A distância entre uma linha e outra é, em média, de 4 km. No centro da cidade no sentido Norte-Sul passa a linha 184, as demais linhas são paralelas, e sua numeração acompanha a quilometragem.

As principais fontes de recursos da microrregião são a agropecuária e a indústria madeireira, as lavouras de relevância são as de arroz, café, milho e feijão, a pecuária extensiva ocupa grande espaço geográfico que abriga 1.572.113 cabeças de gado, o crescimento do rebanho microrregional está estagnado pela superlotação das pastagens, existe um forte movimento de migração do rebanho de corte para o leiteiro devido à instalação de novas indústrias de processamento de leite (WIKIPÉDIA, 2014).

O município de Rolim de Moura possui sete Unidades Básicas de Saúde, e conta com nove equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo uma unidade básica de saúde tradicional, a Policlínica Júlio Henrique Jacob. Atualmente conta com uma equipe de NASF composto por: psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e ginecologista. Essa equipe está formada, porém ainda não está atuando, tudo está formalizado somente no aspecto burocrático. O município não dispõe de CEO.

Possui também um serviço especializado em: neurologia, dermatologia, cardiologia, ginecologia, oftalmologia, psicologia, pediatria. O dermatologista, psicóloga, pediatra e cardiologista atendem na UBS Policlínica, os demais atendem em outras unidades básicas do município.

Todos os encaminhamentos para as especialidades são agendados pela secretaria municipal de saúde e levam em média um mês para as consultas. O serviço de referência e contra referência não funciona adequadamente no município.

Além disso, o município de Rolim de Moura possui um hospital municipal que hoje passa por diversas dificuldades como falta de medicamentos e deficiência para atendimentos de pacientes graves, sendo os usuários em estado grave encaminhados para a capital. Alguns exames especializados como mamografia, tomografia, exames da área de cardiologia, ultrassonografia, e outros, são encaminhados para Porto Velho ou para o Hospital Regional de Cacoal, município próximo de Rolim de Moura. Geralmente ocorre uma demora nesses agendamentos.

A Estratégia Saúde da Família Boa Esperança está inserida na Unidade de Saúde Policlínica Júlio Henrique Jacob, fundada há 20 anos, uma unidade mista urbana composta por duas equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo também uma unidade básica de saúde. A ESF Boa Esperança e a ESF Vital Brasil. As duas equipes são compostas por: médico, enfermeira, técnico em enfermagem, odontólogo, auxiliar de consultório odontológico, e agentes comunitários de saúde. Conta também com algumas especialidades: dermatologista, psicóloga e um clínico geral que atende a demanda espontânea. As equipes de ESF atendem respectivamente a três bairros: Boa Esperança, Beira Rio e Bom Jardim. Atualmente a Policlínica está com 17 mil pessoas com prontuários cadastrados.

A Estratégia de Saúde da Família Boa Esperança (ESF – BE) pertence ao bairro Boa Esperança, localizado na zona urbana da cidade de Rolim de Moura. Atualmente está com 2000 famílias cadastradas, uma média de 7.340 pessoas. Como o próprio nome diz, o modelo de atenção é estratégia em saúde da família. No entanto, por fazer parte de uma Policlínica, há uma coexistência com outros modelos de atenção, tornando-o, de certa maneira, misto. Segundo o Manual da Estrutura da UBS, MS 2008, esse modelo de atenção não é o ideal, pois essa “coexistência” pode trazer confusão na vinculação entre ESF e a comunidade da área adscrita.

Este modelo atual de atenção, à qual a ESF Boa Esperança acaba sendo submetida por incorporar a Policlínica, é um fato muito importante que requer uma reavaliação por parte dos gestores. Os profissionais da equipe Boa Esperança encontram algumas dificuldades com esse modelo de atenção, pois muitas vezes os pacientes que não estão agendados para a ESF, acabam consultando com o clínico da UBS, desvinculando assim o processo de trabalho da ESF. Os próprios

profissionais da recepção/SAME não tem uma interação adequada com estratégia saúde da família e encaminham os pacientes para o clínico geral da unidade, o que interfere no funcionamento da ESF, conforme citado anteriormente.

A Policlínica possui vínculos com escolas técnicas do município de Rolim de Moura, nas áreas de enfermagem e nutrição.

A ESF – BE possui uma equipe composta por: um Médico Especialista em Saúde da Família; uma Enfermeira; uma Técnica em Enfermagem; um Dentista; uma Técnica em Higiene Dental e doze Agentes Comunitários de Saúde.

A Unidade Básica de Saúde Policlínica Júlio Henrique Jacob está em um local de fácil acesso à comunidade. Funciona em um prédio que possui uma sala para o Serviço de Arquivo Médico e Estatística, 9 consultórios médicos, 2 consultórios de enfermagem, 2 consultórios odontológicos, ambiente de recepção (onde está o arquivo dos prontuários), sala de triagem, sala de curativo, sala de observação, sala para os Agentes de Saúde, sala da Direção, 2 banheiros para funcionários, 3 banheiros para pacientes (sendo dois banheiros adaptados para portadores de necessidades especiais), 1 cozinha, sala de esterilização, sala de vacina e almoxarifado.

Ao analisar a infraestrutura da UBSP–JHJ, alguns pontos devem ser destacados. A unidade Policlínica dispõe de rampa de acesso, no entanto não possui corrimão, o que em alguns momentos é um ponto que dificulta o acesso de certos usuários, como os idosos. A Policlínica possui um salão grande e espaçoso com capacidade para 150 pessoas sentadas. Este é local onde os usuários aguardam o atendimento de triagem. Posteriormente são encaminhados para aguardarem pelo atendimento médico em um corredor fechado, sem janelas, sem iluminação natural e com ventiladores de teto, possuindo aproximadamente 2,24 m de largura. Este local é inadequado para os usuários, visto facilitar a contaminação por agentes infectocontagiosos. Não há um local para reuniões, o que dificulta a interação entre os profissionais e limita o processo de educação continuada, tanto para a equipe quanto para a comunidade. A recepção é o local de armazenamento dos prontuários, que são arquivados individualmente. Não há o sistema de prontuário família, o que dificulta o vínculo dos usuários com os profissionais da ESF e a sistematização do trabalho. Os prontuários das duas equipes são arquivados juntamente com todos da unidade. A sala de curativos, sala de vacina, observação e consultórios não possuem porta papel-toalha, torneira que dispense o uso das mãos

e lixeira com tampa de pedal. Além disso, as janelas não possuem mosquiteira. O prédio não possui uma sala de esterilização, lavagem de materiais e descontaminação. Há uma central de esterilização dos consultórios odontológicos, onde são esterilizados os materiais da sala de curativo. Sabidamente, indo contra os princípios de biossegurança. Somado a isto, não existe um local adequado para o armazenamento dos resíduos sólidos e para o depósito de lixo.

Conforme o exposto acima, alguns problemas são observados quanto à estrutura física e ambientes que devem integrar uma unidade básica de saúde. Existem ambientes essenciais para o funcionamento de uma UBS e que estão ausentes na Policlínica. Citam-se: uma farmácia básica para facilitar o acesso dos pacientes aos medicamentos prescritos pelos profissionais; um escovódromo para as equipes de saúde bucal; uma sala de esterilização para a sala de curativos e procedimentos; uma sala de nebulização; uma sala de reunião para realização de grupos e educação continuada; um local adequado para o depósito de lixo contaminado e abrigar os resíduos sólidos.

No entanto, a Unidade de Saúde Policlínica está localizada em um local de fácil acesso à população das duas equipes de ESF que compõem a Policlínica. Além disso, conta com um ambiente espaçoso para acomodação dos usuários e acesso para os portadores de necessidades especiais. Acredito que uma maior interação entre as duas equipes de ESF seria necessário para que algumas mudanças ocorressem, como: a implantação do arquivamento dos prontuários por família; a solicitação aos gestores dos ambientes que tornariam a unidade ainda melhor. Vejo que no nosso dia-a-dia nos acostumamos com nossa realidade e nos fechamos para novas mudanças, esquecemo-nos de inserir a comunidade nas nossas decisões e de lutar por melhores condições de trabalho. Acabamos estagnados.

A ESF Boa Esperança, no quesito atribuições dos profissionais, apresenta aspectos positivos. O serviço realizado possui uma boa cobertura do rastreamento ao câncer do colo do útero, realiza o atendimento ao Hiperdia, o trabalho realizado pelos agentes de saúde na área de abrangência é ativo e eficiente, realiza visitas domiciliares e, rastreamento de doenças. No entanto, atualmente a equipe encontra dificuldades em realizar alguns trabalhos como: visitas domiciliares por falta de veículo, atendimento de forma correta da puericultura, atividades na prevenção do câncer de mama, acompanhamento dos idosos, realização de mais atividades de

prevenção, como palestras e atividades de grupo; e uma maior participação da equipe de saúde bucal nos trabalhos da estratégia.

A área de abrangência da equipe encontra-se com 2000 famílias cadastradas, um valor acima do recomendado pelo Ministério da Saúde. Os cadastros das famílias estão em fase de atualização, o que futuramente nos permitirá ter dados mais exatos da população total da área.

O acolhimento à demanda espontânea acontece todos os dias de atendimento, onde o profissional da recepção encaminha os usuários à sala da enfermeira onde é feito o acolhimento pela técnica de enfermagem e enfermeira. Os usuários são acolhidos e atendidos conforme a sua necessidade. Quanto às consultas programáticas, são agendadas pelos agentes comunitários de saúde, mas todos os dias algumas vagas estão disponíveis para a demanda espontânea. Como a população da área de abrangência da estratégia é muito grande, ultrapassando o valor indicado pelo Manual de Estrutura da UBS e a Portaria 2488, muitas vezes as vagas disponíveis não são suficientes para atender toda a demanda. Com isso muitas vezes os usuários são agendados para outro dia quando possível ou se for um caso de urgência, encaminhados ao pronto atendimento do hospital municipal.

Atualmente temos 134 crianças menores de um ano sendo acompanhadas na unidade de saúde. A cobertura estimada deste serviço está em 53%, e a maioria das metas qualitativas em 0%, pois não temos dados de registro destas ações. Os procedimentos de puericultura realizados pelos profissionais da estratégia são: teste do pezinho, informações sobre aleitamento materno e vacinação. Os agentes comunitários de saúde verificam a caderneta de vacinação das crianças durante a visita domiciliar. Os casos de vacinas atrasadas são encaminhados para a enfermeira que é responsável em notificar os pais. Se ainda assim as crianças continuarem com suas vacinas atrasadas o conselho tutelar é acionado. A consulta de puericultura na íntegra não é realizada na unidade, a equipe não utiliza as recomendações do ministério da saúde para todos os cuidados necessários para a promoção da saúde da criança, pois não tem um protocolo adotado para orientar as ações de Puericultura. Sendo esta uma falha muito grande da equipe. A unidade por ser uma Policlínica apresenta uma pediatra que atende toda a população do município sob a forma de agendamento que acontece uma vez por mês onde as crianças são agendadas para o decorrer do mês. A pediatra atende somente durante uma semana por mês para toda a demanda agendada. Não há consultas para

emergências e os casos agudos são encaminhados ao hospital municipal. A equipe da ESF Boa Esperança apresenta muitas dificuldades em realizar um atendimento com qualidade a saúde da criança, seria necessário uma readequação do serviço para atender melhor a puericultura conforme orientações do Ministério da Saúde. Como exemplo poderia seguir o roteiro de atendimento da puericultura que está no caderno de atenção básica: saúde da criança, fazendo avaliações periódicas e quando necessárias intervenções aos casos que necessitem de um maior acompanhamento. O que realmente acontece é que a equipe da ESF-BE não realiza o atendimento de puericultura da sua área de abrangência, os dados são informados somente com relação ao teste do pezinho e quando por ventura o clínico da equipe faz algum tipo de atendimento a crianças da área.

O caderno de ações programáticas apresenta uma estimativa de 110 gestantes moradoras na área pertencente à unidade. Entretanto, temos registro de 36 gestantes em acompanhamento, o que nos traz um valor percentual de cobertura extremamente baixo, de 33%. Com relação ao serviço de Pré-Natal oferecido, na primeira consulta da gestante é realizado o cadastro no SIS PRÉ-NATAL e a realização dos testes rápidos para: HIV 1 e 2, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C. São realizadas no mínimo 7 consultas de pré-natal e uma de puerpério, onde é realizado o fechamento do SIS Pré-Natal. Atualmente não temos grupo de gestante, uma intervenção que poderia acontecer seria a realização de palestras na unidade com o grupo e a participação de todos os profissionais, inclusive a saúde bucal. Atualmente a ESF-BE está com 36 gestantes cadastradas e acompanhadas na unidade e 14 realizam o pré-natal em unidades particulares, um total de 50 gestantes na área de abrangência. Temos um total de 36 gestantes com consultas em dia, 33 com pré-natal iniciado no primeiro trimestre, 36 com exames solicitados na primeira consulta, 35 com vacinas conforme protocolo, 36 com suplementação de sulfato ferroso, 36 com orientação sobre aleitamento materno exclusivo. Os indicadores estão insatisfatórios para a avaliação de saúde bucal e realização de um exame ginecológico por trimestre. As gestantes são atendidas pelo médico e pela enfermeira e são reagendadas na unidade ou pelos agentes de saúde.

Atualmente temos 909 mulheres entre 25 e 64 anos de idade em acompanhamento. Novamente a estimativa do caderno, em 1908 mulheres nesta faixa etária, subestima a cobertura do nosso serviço, que aponta para 48%. Não temos registro de mulheres entre 50 e 69 anos de idade em controle e prevenção do

câncer de mamas. A Estratégia de Saúde da Família Boa Esperança promove de forma ativa meios de manter as mulheres da área com exame ginecológico em dia através de palestras na unidade, busca ativa pelos agentes de saúde. Mas mesmo assim ainda existem mulheres com preventivo em atraso. Ainda existe uma resistência grande por parte de algumas mulheres que ainda recusam-se a realizar esse exame alegando não ser importante a realização do mesmo. A equipe talvez pudesse desenvolver mais atividades de grupo, com informações sobre o câncer de colo de útero. Outra possibilidade seria aumentar a oferta com mais um profissional realizando também a coleta do exame citopatológico. Com relação aos exames alterados, as pacientes são encaminhadas a unidade de saúde Clínica da Mulher onde são avaliadas pela ginecologista. Há um controle rigoroso desses exames alterados, onde as pacientes são acompanhadas até o momento da liberação do ginecologista. Com relação à prevenção do câncer de mama a equipe ESF Boa Esperança não realiza um trabalho direcionado a essa prevenção. As mamografias são oferecidas quando solicitadas pelas pacientes. A equipe deixa a desejar nesse processo de promoção da saúde da mulher. Durante a coleta de citopatológico a enfermeira orienta sobre a realização do autoexame das mamas. Observando o caderno de ação programática foi possível identificar o quanto a equipe não está realizando um bom trabalho na questão de prevenção do câncer de mamas. Durante realização do exame Papanicolau a equipe poderia realizar o exame das mamas também.

A nossa unidade acompanha 286 hipertensos e, 63 diabéticos. Este pequeno número de usuários, tendo como denominador as estimativas nacionais, nos apresenta dados baixíssimos de cobertura: 18% e 14%, respectivamente. Com relação à atenção aos hipertensos e diabéticos a equipe realiza o cadastramento no Hiperdia e faz um acompanhamento mensal desses pacientes. Alguns aspectos que precisam ser melhorados e modificados para uma melhor qualidade no atendimento oferecidos aos hipertensos da área. Dentre eles estão: A realização de palestras na unidade com grupos para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividades físicas assim como o controle do peso corporal. Buscar junto à secretaria de saúde profissional que possam contribuir para esse processo como o nutricionista e o educador físico. Outro fator importante seria o uso do protocolo do ministério da saúde pelos profissionais da equipe para atender os pacientes hipertensos. A avaliação da saúde bucal também é muito importante para o processo de promoção

da saúde, com isso seria necessário uma readequação do serviço junto à equipe de saúde bucal. A equipe necessita montar estratégias para promover ações e monitorar essas ações que serão dispensadas aos hipertensos. A ESF-BE está com 341 hipertensos, sendo 286 acompanhados pela equipe, 74 diabéticos, sendo 63 acompanhados. Com relação aos indicadores dos hipertensos não foi possível avaliar a cobertura com relação à avaliação de saúde bucal, realização de estratificação de risco por critério clínico assim como atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Os indicadores dos pacientes diabéticos também apresentou deficiência de informações a respeito da saúde bucal, estratificação de risco por critério clínico, atraso da consulta agendada em mais de sete dias, exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses.

Com relação à atenção aos idosos a equipe não realiza atividades voltadas ao acompanhamento dos idosos. A equipe precisa ter um controle de quantos idosos são acompanhados na unidade através de um livro de registro e acompanhamento e controle das necessidades de cada idoso. Seria necessária a utilização do protocolo do ministério da saúde para atender os idosos. A equipe poderia também realizar atividades em grupo com essa população específica, que envolvesse todos os profissionais da equipe inclusive a saúde bucal. A equipe não utiliza de meios de informação para avaliar a cobertura de idosos atendidos pela estratégia. Sendo assim não foi possível avaliar os indicadores de cobertura da assistência prestada aos idosos.

1.3 Reflexão Comparativa das Análises Situacionais

A Análise Situacional do curso propiciou-me uma reflexão ampla e aprofundada da situação da ESF Boa Esperança. Foi possível identificar o quanto a equipe pode melhorar a qualidade da assistência prestada aos seus usuários sistematizando o serviço e implantando um meio de monitoramento e controle da assistência. A formação de um conselho local de saúde seria de grande valia para reivindicarmos melhorias para o serviço. Além disso, a participação da comunidade de forma ativa no processo de engajamento público com a equipe seria excelente. Seria importante também a implantação dos Protocolos para guiarem os serviços, como na atenção da criança, do idoso, das gestantes, dos hipertensos e diabéticos e

para a saúde da mulher. Com o trabalho desenvolvido na segunda semana de ambientação e com tudo apresentado foi possível identificar como é importante a participação ativa do NASF na atenção primária, e na saúde da família. Além disso também é importante a farmácia básica estar presente em todas as unidades de saúde, bem como a participação da saúde bucal em todas as atividades da estratégia. Há muito trabalho a ser realizado para adequar o serviço da equipe, mas com a colaboração de todos os profissionais e gestores essa realidade poderá ser mudada.

Observando a análise situacional apresentada no decorrer do curso foi possível identificar o quanto as atividades foram importantes para o levantamento do trabalho desenvolvido pela ESF- Boa Esperança. A primeira análise situacional apresentou a equipe da ESF-BE, apresentou estrutura física da unidade, a população da área, assim como as atividades desenvolvidas pela equipe.

No relatório final da análise situacional, depois de várias atividades desenvolvidas, ficaram claramente apresentados os aspectos relevantes na qualidade da atenção prestada pelos profissionais da ESF-BE. Foi possível observar que não depende somente dos gestores para que o trabalho aconteça de forma satisfatória, o trabalho em equipe é indispensável para a melhoria da qualidade do serviço prestado aos usuários. Os programas do Ministério da Saúde são claramente apresentados nos protocolos, mas muitas vezes as equipes deixam a desejar por não cumprirem as atividades propostas nos respectivos manuais. Foi abordado todo o trabalho desenvolvido pela equipe, ficando visível que muitos aspectos precisam ser melhorados, mas com a colaboração de todos poderemos ter uma equipe dedicada com o cuidado de sua comunidade, oferecendo uma assistência voltada à saúde preventiva de forma que sua área de abrangência esteja inserida em todos os programas para a melhoria da qualidade de vida de sua população.

De acordo com os indicadores dos cadernos de ações programáticas, foi possível observar que a equipe da ESF-BE, não utiliza adequadamente os protocolos do Ministério da Saúde, deixando a desejar na assistência ao pré natal, puericultura, prevenção do câncer de mama, saúde bucal e saúde do idoso.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma ação prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adscrição de clientela e aproximação da realidade sociocultural da população e da postura proativa desenvolvida pela equipe (BRASIL, 2007). A saúde como direito tem sido uma conquista social do estado brasileiro, principalmente a partir da Constituição de 1988. A Saúde Bucal integrante do contexto saúde, cada dia mais desponta como uma preocupação, tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto assistencial (MEDEIROS; FREIRE, 2005).

A Saúde do Idoso tornou-se uma das prioridades do Pacto Pela Vida como consequência da dinâmica demográfica do país. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o principal objetivo, o envelhecimento ativo e saudável. Para que isso vigore, uma série de desafios precisa ser superada e suporte qualificado ao idoso e seus familiares, destinados a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; suporte qualificado e constante aos serviços e indivíduos envolvidos com o cuidado domiciliar ao idoso, conforme previsto no Estatuto do Idoso, incluindo-se o apoio às famílias e aos profissionais das equipes de Saúde da Família; superação da escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; além da implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

Segundo o Ministério da Saúde, 2007, a área Técnica Saúde do Idoso reafirma a necessidade de mudanças na linha de cuidados e da atenção a essa população, através da humanização do atendimento, bem como do fomento de inovações, através da disseminação de conhecimentos específicos para gestores e profissionais de saúde que atuam na rede, buscando parcerias e divulgando a ideia do Envelhecimento Ativo.

O Pacto Pela Saúde, emitido em 2006, veio para fortalecer esses compromissos, através de seus componentes de Defesa do SUS e de Gestão. Neste momento surge a Saúde do Idoso como uma das prioridades e a oportunidade de se apresentar e discutir, junto aos gestores, profissionais da Rede de Serviços de Saúde e população em geral, a nova realidade social e epidemiológica que se impõe através da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira (BRASIL, 2010).

No município de Rolim de Moura- RO, na área da Estratégia Saúde da Família Boa Esperança, da Policlínica Júlio Henrique Jacob, existem atualmente 200 idosos. Para esse total de idosos não existe um controle de acompanhamento, a equipe não desenvolve ações voltadas ao cuidado da pessoa idosa. Quando necessário são realizadas visitas domiciliares aos idosos acamados, mas não há uma rotina de acompanhamento desse grupo de pessoas. As consultas são agendadas pelos agentes de saúde, assim como o retorno também. Não há um acompanhamento odontológico dos idosos da ESF- BE. Não são realizadas atividades de grupo voltadas ao cuidado da pessoa idosa.

A Estratégia Saúde da Família Boa Esperança apresenta algumas deficiências na abordagem e execução de alguns programas preconizados pelo Ministério da Saúde. Tendo em vista a importância dos protocolos elaborados pelo MS e como os mesmos contribuem para a melhoria da saúde pública no país o presente trabalho foi escolhido, sendo o mesmo sobre a Atenção à Saúde do Idoso. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita. A equipe da ESF-BE não utiliza nenhuma

estratégia de captação dos idosos da área de abrangência, não é utilizado um meio para verificar o acesso dos pacientes aos medicamentos, visto que na unidade não existe farmácia básica. As dificuldades encontradas pela equipe são com respeito ao controle do acompanhamento dos idosos da área, com controle efetivo das consultas agendadas, e com retorno marcado na própria unidade, assim como controle dos faltosos, controle da necessidade das visitas domiciliares e frequência e também a falta da participação ativa dos profissionais do NASF nesse processo de controle da atenção à saúde do idoso.

Para realização deste trabalho será selecionado os idosos da área de abrangência da ESF- BE do município de Rolim de Moura/RO. Atualmente a equipe de saúde desta estratégia não desenvolve ações voltadas à promoção da saúde do idoso. O desenvolvimento deste trabalho precisará da contribuição de todos os profissionais da equipe, assim como da assistência dos gestores e outros profissionais colaboradores. A maior dificuldade possível a ser encontrada será com relação à saúde bucal, visto que a equipe não está bem articulada e integrada por parte de todos os membros. O presente projeto de intervenção será um meio muito importante para a equipe ESF-BE, pois o cuidado com a saúde da pessoa idosa vem sendo um dos maiores desafios do trabalho em saúde da família, onde o idoso sendo assistido de maneira eficaz e com responsabilidade por parte dos profissionais passa a ter maior qualidade de vida em todos os aspectos de sua saúde, física, mental e intelectual. Esta ação de intervenção promoverá um maior engajamento entre equipe e comunidade, onde as ações a serem realizadas contribuirão muito para o bem estar dos idosos da área e a equipe poderá ter controle do cuidado oferecido aos usuários idosos. Espero com esse trabalho que toda a equipe se dedique da melhor maneira possível para melhorar a qualidade da assistência oferecida aos idosos da ESF-BE.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral:

- ☞ Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na unidade de ESF Boa Esperança do município de Rolim de Moura/RO.

2.2.2 Objetivos específicos e Metas:

☞ Ampliar a cobertura de atendimento dos idosos.

Meta 1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 80%.

Meta 2: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 3: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 4: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);

Meta 5: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (encaminhar os idosos para a consulta odontológica).

Meta 7: Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

☞ Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso.

Meta 8: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

☞ Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 9: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 10: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Meta 11: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 12: Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como sem acesso a medicamentos).

Meta 13: Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Meta 14: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

Meta 15: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

☞ Melhorar o registro das informações.

Meta 16: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 17: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

☞ Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 18: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 19: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 20: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Meta 21: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

☞ Promover a saúde.

Meta 22: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 23: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% dos idosos.

Meta 24: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

Meta 25: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

2.3.1 Protocolo adotado

Foi adotado o “Protocolo Integrado de Atenção ao Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, instituído pelo Ministério da Saúde, no ano de 2006 (BRASIL, 2010).

2.3.2 Ações detalhadas a serem desenvolvidas com base nos quatro eixos pedagógicos

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos.

Meta 1 – Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 80%.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

☞ Detalhamento das ações: Busca ativa realizada pelos ACS dos idosos da área de abrangência, registro em livro específico dos idosos em acompanhamento e, uso das fichas espelho disponibilizadas pelo curso.

Organização e Gestão do serviço: Acolher os idosos; Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde; Atualizar as informações do SIAB.

☞ Detalhamento das ações: Cadastramento dos idosos pelos ACS, agendamento da primeira consulta será realizado pelos ACS e posteriormente na própria unidade de saúde, acolhimento pela recepcionista pela demanda espontânea e marcação da consulta, preenchimento e entrega da caderneta do idoso pela enfermeira da equipe durante a consulta.

Engajamento Público: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade; Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

☞ Detalhamento das ações: Reunião com equipe da ESF e a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos; Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

☞ Detalhamento das ações: Reunião com a equipe na primeira semana para a apresentação do protocolo do ministério da Saúde sobre a atenção ao idoso e das novas rotinas do cuidado com a pessoa idosa.

Meta 2 – Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

☞ Detalhamento das ações: Em reuniões semanais, com as Agentes Comunitárias, atualizar o número de idosos acamados ou com problemas de

locomoção, registrando em livro específico e colocando sistema de alerta no prontuário.

Organização e Gestão do serviço: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

☞ Detalhamento das ações: Visitas domiciliares pelas Agentes Comunitárias aos idosos da área para identificarem aqueles que são acamados ou que possuem problemas de locomoção e, identificação com um sistema de alerta nos prontuários clínicos. Além disso, um livro de registro de todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

☞ Detalhamento das ações: Realizar reunião com a comunidade para informar sobre o programa de atenção ao idoso.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

☞ Detalhamento das ações: Apresentar o programa de atenção à saúde do idoso aos agentes de saúde e demonstrar como realizar o cadastramento dos mesmos.

Meta 3 – Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

☞ Detalhamento das ações: Reunião semanal com a equipe para acompanhar os idosos acamados ou com problemas de locomoção que precisam de visita domiciliar. Controlar através de livro de registro e prontuário clínico as visitas domiciliares, bem como as fichas espelho disponibilizadas pelo curso.

Organização e Gestão do serviço: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

☞ Detalhamento das ações: Os agentes de saúde realizarão o agendamento das visitas domiciliares através de agenda controlada pela enfermeira da equipe. As visitas domiciliares serão decididas em reunião semanal conforme a necessidade ou à pedido do idoso ou familiar.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar; Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

☞ Detalhamento das ações: Orientações realizadas pelos ACS sobre as visitas domiciliares em suas respectivas micro áreas, bem como durante a reunião com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

☞ Detalhamento das ações: Capacitação dos ACS sobre o cadastro correto e da importância do acompanhamento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Os ACSs também serão capacitados para identificarem os casos de idosos que necessitem de visita domiciliar.

Meta 4 – Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

☞ Detalhamento das ações: Manter cadastro do HIPERDIA atualizado, revisando semanalmente as fichas espelho, atualização da planilha da coleta de dados.

Organização e Gestão do serviço: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar ao gestor material adequado para o atendimento dos idosos, e, manutenção do material já disponível na unidade. Encaminhamento dos idosos portadores de HAS para a consulta programática. Todo idoso acolhido para aferição de pressão arterial e com suspeita de HAS será encaminhado diretamente para atendimento clínico.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

☞ Detalhamento das ações: Palestra na unidade com aferição de pressão e registro na Caderneta de Saúde. Essa é a segunda reunião com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

☞ Detalhamento das ações: Orientações para os profissionais de saúde na unidade por meio da realização de uma capacitação. Sendo a segunda capacitação para os profissionais da unidade.

Meta 5 – Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

☞ Detalhamento das ações: Manter cadastro do HIPERDIA atualizado e as fichas espelho disponibilizadas pelo curso. Fazer sistema de alerta para controle desses idosos para controle das agentes via visita domiciliar e, consultas de enfermagem.

Organização e Gestão do serviço: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM; Garantir material adequado para realização do Hemoglicoteste (HGT) na unidade de saúde.

☞ Detalhamento das ações: Encaminhar para consulta programática todos os idosos portadores de DM, controle periódico do índice glicêmico por exame sanguíneo e, por meio do Hemoglicoteste. Solicitar junto ao gestor fitas do glicosímetro para o controle da glicose na unidade.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

☞ Detalhamento das ações: Palestra na unidade. Sendo esta a segunda reunião com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da UBS para realização do Hemoglicoteste (HGT) em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

☞ Detalhamento das ações: Demonstrar à equipe a utilização do aparelho de glicemia capilar e quando usa-lo, bem como a correta aferição da pressão arterial. Capacitação realizada pela enfermeira para técnicos de enfermagem e, para ACSs.

Meta 6 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para X% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento)

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos cadastrados na unidade em acompanhamento odontológico no período.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar ao odontólogo, semanalmente, o repasse dos idosos que foram atendidos no consultório odontológico, atualizando a planilha de coleta de dados.

Organização e Gestão do serviço: Organizar o acolhimento a idosos na unidade de saúde; Monitorar a utilização do serviço odontológico por idosos da área de abrangência; Organizar a agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos; Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar ao odontólogo que realize o atendimento prioritário aos idosos.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre o atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde; Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais; Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

☞ Detalhamento das ações: Palestra na unidade; solicitar a participação do odontólogo a fim de que este oriente a comunidade sobre a importância do acompanhamento odontológico.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar o acolhimento do idoso de acordo com o protocolo; Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico; Capacitar os ACS para captação de idosos; Capacitar os odontólogos para a realização de primeira consulta odontológica programática para os idosos.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar que o odontólogo realize uma capacitação para a equipe abordando as principais doenças bucais prevalentes nos idosos, como encaminhá-los para o atendimento odontológico e, a importância de um

acompanhamento odontológico, principalmente para aqueles que são portadores de doenças sistêmicas.

Meta 7 - Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliares na área de abrangência da unidade de saúde.

☞ Detalhamento das ações: Em reuniões semanais, registrar os idosos com atendimento domiciliar em livro específico e pelos registros disponibilizados pelo curso.

Organização e Gestão do serviço: Organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico; Organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares; Garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares.

☞ Detalhamento das ações: Em reunião semanal, junto à da equipe, determinar com a equipe de saúde bucal e, as ACSs os idosos que requerem ou que necessitem de atendimento odontológico domiciliar. Solicitar ao gestor os materiais e equipamentos necessários para a realização do atendimento odontológico domiciliar.

Engajamento Público: Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento. Esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos em cuidados domiciliares.

☞ Detalhamento das ações: Palestra na unidade; com a participação do odontólogo. Além disso, colocar na unidade uma caixa com sugestões e críticas para que a comunidade se expresse e, que a equipe possa melhorar o atendimento.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares; Capacitar as ACS para realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares; Qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios; Capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares.

☞ Detalhamento das ações: Capacitação da equipe pelo odontólogo, incluindo instruções da correta higiene bucal para que este conhecimento possa ser

disseminado. Em palestra na unidade, instruir os familiares, bem como durante as visitas domiciliares.

Objetivo 2 - Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso.

Meta 8 – Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

☞ Detalhamento das ações: Controlar rigorosamente o livro de agendamento das consultas e as fichas espelho, sistemas de alerta nos prontuários e alerta na agenda para retorno.

Organização e Gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

☞ Detalhamento das ações: orientar os ACS para a busca ativa dos faltosos por meio de reunião semanal para atualizar os idosos faltosos às consultas da semana. Nos horários disponíveis, estes idosos serão marcados na agenda da unidade.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos); Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

☞ Detalhamento das ações: Reunião da equipe de saúde com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

☞ Detalhamento das ações: orientar os ACS sobre as orientações que serão fornecidas na comunidade por meio de uma capacitação a ser realizada na primeira semana de intervenção. As consultas serão realizadas a cada três meses.

Objetivo 3 - Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 9 - Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

☞ Detalhamento das ações: Durante o atendimento, na consulta de enfermagem, a ficha de Avaliação Multidimensional Rápida será anexada junto ao prontuário.

Organização e Gestão do serviço: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen); Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

☞ Detalhamento das ações: solicitar junto à secretaria de saúde os materiais necessários para o desenvolvimento do trabalho de avaliação.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável; Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

☞ Detalhamento das ações: Realizar um encontro na unidade com os idosos para as orientações sobre o atendimento. Estas orientações acontecerão na segunda reunião com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS; Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida; Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

☞ Detalhamento das ações: Durante a capacitação sobre hipertensão realizar também as orientações sobre a avaliação multidimensional rápida.

Meta 10 - Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

☞ Detalhamento das ações: Anexar junto ao prontuário a ficha de exame clínico de cada paciente.

Organização e Gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos; Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado; Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares; Garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

☞ Detalhamento das ações: Durante as capacitações da equipe de saúde definir as atribuições de cada um. Orientar os agentes na busca ativa dos idosos que não realizaram o exame clínico e sempre deixar algumas vagas na agenda para o encaixe dos pacientes provenientes das buscas.

Engajamento Público: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

☞ Detalhamento das ações: Realizar palestra na unidade com os idosos e familiares. Podendo ser também no segundo encontro com os idosos e familiares.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

☞ Detalhamento das ações: durante a capacitação sobre hipertensão realizar também orientações sobre o exame clínico.

Meta 11 – Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

☞ Detalhamento das ações: Controlar em livro específico e prontuário clínico, bem como pela revisão semanal das fichas espelho. Utilizar sistema de alerta na agenda para avisar a necessidade de novos exames para estes idosos nos prontuários e agenda.

Organização e Gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos

exames complementares definidos no protocolo; Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar os exames complementares para avaliação destes pacientes e, encaminhamento para a consulta médica caso seja diagnosticada alguma alteração.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos); Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

☞ Detalhamento das ações: Palestra na unidade

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

☞ Detalhamento das ações: Capacitação da equipe para que tomem conhecimento dos exames complementares e melhor controle e auxílio dos idosos.

Meta 12 - Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos).

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

☞ Detalhamento das ações:

Organização e Gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

☞ Detalhamento das ações: Manter um contato com funcionários da farmácia básica para que repassem informações sobre os medicamentos disponibilizados aos idosos.

Engajamento Público: Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

☞ Detalhamento das ações: Durante a palestra sobre o programa do idoso, relatar sobre o direito aos medicamentos prescritos.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

☞ Detalhamento das ações: durante a capacitação sobre a hipertensão, orientar a equipe sobre os medicamentos da farmácia popular.

Meta 13 - Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído. Avaliar a proporção de atendimentos necessários para atender a demanda de idosos que acessam o serviço odontológico.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar ao odontólogo que mantenha um registro de todos os pacientes atendidos.

Organização e Gestão do serviço: Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento; Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico; Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para reestabelecimento da saúde bucal.

☞ Detalhamento das ações:

Engajamento Público: Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico.

☞ Detalhamento das ações: O odontólogo da equipe promoverá uma reunião com a comunidade relatando a importância da saúde bucal. Essa reunião poderá ser no início da intervenção juntamente com a apresentação do projeto.

Qualificação da Prática Clínica: Treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa; edentulismo; doenças periodontais; hipossalivação; cárie de raiz; Capacitar os profissionais para o manejo dos pacientes idosos; Capacitar a equipe de saúde à monitorar a adesão dos idosos ao tratamento odontológico.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar a técnica de saúde bucal para que a mesma possa estar informando sobre a adesão dos idosos as consultas odontológicas.

Meta 14 - Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos; Identificar as alterações de mucosa bucal mais prevalentes nos idosos; Estimar a demanda para consultas no serviço de referência de diagnóstico bucal.

☞ Detalhamento das ações: Relatar em livro de registro todos os casos de alterações de mucosa bucal, bem como no prontuário odontológico.

Organização e Gestão do serviço: Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar idosos da área não avaliados; Disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar junto a secretaria de saúde material informativo relacionado à saúde bucal.

Engajamento Público: Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca; Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta.

☞ Detalhamento das ações: Durante a apresentação do projeto na reunião com a comunidade, solicitar ao cirurgião dentista que realize as orientações sobre a saúde bucal.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa; Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

☞ Detalhamento das ações: na segunda semana de intervenção, o dentista da equipe realizará uma reunião com os profissionais da equipe.

Meta 15 - Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos com necessidade de prótese; Avaliar a necessidade de substituição de próteses; Avaliar os tipos de próteses necessárias.

☞ Detalhamento das ações: Registrar todo o processo em livro específico e no prontuário odontológico.

Organização e Gestão do serviço: Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses; Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar a secretaria de saúde todos os materiais necessários para confecção e manutenção das próteses.

Engajamento Público: Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias; Sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta do serviço.

☞ Detalhamento das ações: Realizar uma palestra na unidade com a comunidade, sendo realizada pelo dentista da equipe.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias; Capacitar a equipe de saúde bucal para execução da etapa clínica da confecção e para manutenção de próteses na unidade de saúde.

☞ Detalhamento das ações: Na segunda capacitação com a equipe, promover também as orientações sobre saúde bucal.

Objetivo 4 – Melhorar registros das informações.

Meta 16 – Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

☞ Detalhamento das ações: Revisar os prontuários clínicos ao final de cada consulta e, seu preenchimento correto.

Organização e Gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento dos registros; Organizar um sistema de registro que viabilizem situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

☞ Detalhamento das ações: Periodicamente realizar a digitação dos dados na plataforma do SIAB, implantar uma ficha de acompanhamento individual anexa ao prontuário. A enfermeira será o profissional responsável pela atualização e controle destes dados. Será implantado um sistema de alerta com fitas adesivas coloridas

para ressaltar a necessidade de exames a serem realizadas, consultas e/ou exames em atraso, outras especificações e afins. O sistema de alerta será realizado tanto nos prontuários clínicos bem como por meio de canetas coloridas na agenda da unidade.

Engajamento Público: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

☞ Detalhamento das ações: Reunião com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

☞ Detalhamento das ações: Orientar os funcionários sobre a importância do registro dos idosos por meio da capacitação a ser realizada no início da intervenção.

Meta 17 – Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

☞ Detalhamento das ações: verificar a cada consulta, o preenchimento da Caderneta de Saúde do Idoso.

Organização e Gestão do serviço: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

☞ Detalhamento das ações: Comunicar junto à secretaria de saúde a solicitação da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Engajamento Público: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

☞ Detalhamento das ações: Reunião com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

☞ Detalhamento das ações: demonstrar o correto preenchimento da caderneta do idoso para a equipe de saúde.

Objetivo 5 - Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 18 - Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

☞ Detalhamento das ações: Durante as consultas clínicas através dos dados obtidos durante o atendimento, solicitar exames para a identificação de risco de morbimortalidade.

Organização e Gestão do serviço: Priorizar o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

☞ Detalhamento das ações: Deixar vagas extras na agenda para o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

Engajamento Público: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

☞ Detalhamento das ações: Durante as consultas fazer as orientações necessárias aos idosos de risco.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

☞ Detalhamento das ações: Durante a capacitação sobre a HAS e DM, relatar também sobre os fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Meta 19 – Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

☞ Detalhamento das ações: Identificar os idosos com risco para fragilidade na velhice e preencher a ficha espelho com esta especificação.

Organização e Gestão do serviço: Priorizar o atendimento de idosos fragilizados na velhice.

☞ Detalhamento das ações: Orientar os agentes de saúde para encaminhar a consulta os idosos com risco para fragilidade na velhice.

Engajamento Público: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

☞ Detalhamento das ações: Reunião com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

☞ Detalhamento das ações: Implantar registro de indicadores de fragilização e demonstrar seu uso aos profissionais por meio de uma capacitação a ser realizada no início da intervenção.

Meta 20 – Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS; Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar colaboração dos ACS para verificar a rede social dos idosos e, preenchimento da ficha espelho. Estas informações serão revisadas semanalmente.

Organização e Gestão do serviço: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

☞ Detalhamento das ações: Priorizar atenção aos idosos com rede social deficiente, marcando consulta logo que a situação for identificada.

Engajamento Público: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde; Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

☞ Detalhamento das ações: Reunião com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

☞ Detalhamento das ações: Fazer reunião com a equipe.

Meta 21 - Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência.

☞ Detalhamento das ações: Manter controle em livro de registro.

Organização e Gestão do serviço: Priorizar atendimento de idosos de alto risco (ex.: higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições sistêmicas como diabetes e hipertensão).

☞ Detalhamento das ações: Deixar na agenda vagas extras para atendimento de idosos com maior necessidade.

Engajamento Público: Orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências.

☞ Detalhamento das ações: Palestra na unidade com o dentista da equipe e comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal.

☞ Detalhamento das ações: Na segunda capacitação com a equipe realizar também treinamento sobre saúde bucal.

Objetivo 6 - Promover a saúde.

Meta 22 – Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos; Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

☞ Detalhamento das ações: Utilizar as fichas espelho para o controle destes dados; anotar no prontuário clínico, bem como na Caderneta, o peso do idoso a cada consulta. Registrar toda a orientação nutricional realizada a cada consulta.

Organização e Gestão do serviço: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar a ajuda de uma nutricionista na orientação de hábitos alimentares saudáveis. A orientação nutricional deverá ser realizada a cada consulta e a cada visita domiciliar.

Engajamento Público: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

☞ Detalhamento das ações: Reunião com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira"; Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

☞ Detalhamento das ações: Reunião com os funcionários e a nutricionista.

Meta 23 – Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos; Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

☞ Detalhamento das ações: Utilizar as fichas espelho para o controle destes dados; anotar no prontuário clínico, bem como na Caderneta, toda vez que orientações sobre atividades físicas forem dadas.

Organização e Gestão do serviço: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar a ajuda de um fisioterapeuta ou educador físico na orientação de atividades físicas regulares durante uma capacitação da equipe. As orientações sobre atividades físicas serão realizadas a cada consulta com o idoso e, durante as visitas domiciliares pelas ACSs.

Engajamento Público: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

☞ Detalhamento das ações: Reunião com a comunidade, bem como orientações de rotina durante as consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

☞ Detalhamento das ações: Solicitar ao gestor a participação de um profissional especializado na área para capacitar a equipe nas orientações sobre prática de atividade física regular.

Meta 24 - Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar as atividades educativas individuais.

☞ Detalhamento das ações: O dentista da equipe durante o atendimento clínico realizará orientações individuais sobre higiene bucal.

Organização e Gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

☞ Detalhamento das ações: Programar o atendimento com tempo disponível para as orientações.

Engajamento Público: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

☞ Detalhamento das ações: Palestra na unidade com os idosos e familiares, na primeira reunião com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

☞ Detalhamento das ações: Capacitação com a equipe na segunda semana de intervenção.

Meta 25 - Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar as atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados.

☞ Detalhamento das ações: Programar a agenda para o controle das atividades educativas.

Organização e Gestão do serviço: Organizar temas de interesse para os idosos cadastrados no programa de saúde bucal; Elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação.

☞ Detalhamento das ações: Reunião com a equipe de saúde bucal na primeira semana de intervenção.

Engajamento Público: Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas. Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.

☞ Detalhamento das ações: Durante a palestra sobre saúde bucal, buscar junto a comunidade participante tema de maior interesse.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para elaborar e realizar ações coletivas de educação em saúde bucal. Identificar temas favoráveis para desenvolvimento de orientações multiprofissionais.

☞ Detalhamento das ações: Capacitação com a equipe na primeira semana de intervenção.

2.3.3 Indicadores de Monitoramento das ações:

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.
Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.
Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar.
Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 5: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.
Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Indicador 6: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática (com elaboração de plano de tratamento).
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 8: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.
Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 9: Proporção de idosos com avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação Multidimensional Rápida em dia.
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 10: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 11: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 12: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Numerador: Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 13: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 14: Proporção de idosos com a avaliação de mucosa bucal em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de idosos com avaliação de necessidade de prótese bucal em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de necessidade de prótese bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Indicador 16: Proporção de idosos com registro, na ficha espelho, em dia.

Numerador: Número de ficha espelho com registro adequado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 17: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 18: Proporção de idosos com avaliação para risco de morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 19: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 20 : Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 21: Proporção de idosos com avaliação de risco de saúde bucal em dia

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de risco em saúde bucal.
Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Indicador 22: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 23: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: Número de idosos com orientação prática de atividade física regular.
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 24: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica com orientação individual de cuidados de saúde bucal.
Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Indicador 25: Proporção de idosos com participação em ações coletivas em saúde bucal.

Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.
Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.4 Logística

Para a realização da intervenção será adotado o “Protocolo Saúde do Idoso, Ministério da Saúde” (BRASIL, 2007).

O monitoramento e avaliação das ações serão realizados por meio de uma reunião semanal com a equipe. Serão monitorados e atualizados: a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde, os idosos acamados ou com problemas de locomoção, idosos que necessitem de visita domiciliar (acamados e com problemas de locomoção ou não), pacientes faltosos e sobre a busca ativa destes. Como instrumentos para a avaliação da cobertura serão utilizados: o livro de registro da unidade, bem como a ficha espelho disponibilizada pelo curso e, adotada para uso no serviço. Os idosos acamados ou com problemas de locomoção também receberão um sistema de alerta no prontuário e, registro em livro específico para pacientes acamados ou com problemas de locomoção. Terão acesso a essa ficha os profissionais da equipe saúde da família Boa Esperança. Será comunicado a coordenadora da atenção básica para providenciar as cópias das fichas para o atendimento, assim como a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, será solicitado 300 unidades da caderneta.

Uma caixa de sugestões e críticas será colocada na unidade para que a comunidade se expresse e, para que a equipe possa melhorar o atendimento. A unidade acolherá a demanda espontânea e, a marcação das consultas ocorrerá conforme a necessidade do idoso. Todo idoso acolhido para aferição de pressão arterial ou controle de índice glicêmico com suspeita de HAS ou DM será encaminhado diretamente para atendimento clínico. O monitoramento do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde será controlado por meio de sistema de alerta nos prontuários clínicos e na agenda da recepção. Quanto ao monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde, a enfermeira, a técnica de enfermagem e a recepcionista serão responsáveis por controlar adesão dos pacientes às consultas através do livro de agendamento. O agendamento dos pacientes será realizado pelo agente de saúde na primeira consulta, o retorno será realizado pela técnica de enfermagem e recepcionista na unidade.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários dos idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

O cadastramento dos idosos será realizado a partir da primeira semana e permanecerá ao longo de toda a intervenção. Este processo será feito pelos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares e pela equipe durante o acolhimento. Os agentes de saúde durante a realização das visitas domiciliares deverão identificar os idosos com rede social deficiente, verificar quais os idosos são acamados ou com dificuldades de locomoção, e quais são portadores de HA e DM. Passarão as informações à enfermeira da equipe para a atualização nos instrumentos de monitoramento e avaliação dos dados.

A equipe será capacitada pela enfermeira (especializanda do curso) para a intervenção na primeira semana. Esta reunião será realizada na sala de grupos da unidade, e será oral, visto que a unidade não disponibiliza de recursos multimídia. O protocolo de atendimento adotado impresso será entregue para que os profissionais possam realizar a leitura do mesmo e serem capacitados para a Política Nacional de Humanização. As fichas de monitoramento e avaliação do serviço serão disponibilizadas para que a equipe se ambienta com o instrumento, sane suas dúvidas e aprenda como utilizá-lo. As atribuições de cada profissional serão esclarecidas. Além disso, a equipe será capacitada para o acolhimento dos usuários. As Agentes Comunitárias de Saúde também serão capacitadas para realizarem o controle de cobertura de idosos na área; para a captação de idosos; para o cadastramento, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; realização de busca ativa dos idosos faltosos às consultas; e avaliação da rede social.

A enfermeira da equipe, juntamente com a técnica de enfermagem promoverá um treinamento rápido, na segunda semana de intervenção, para os profissionais de saúde da unidade no final do expediente, com duração de uma hora. Serão capacitados quanto à verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, bem como o uso correto do aparelho para verificação da

glicemia capilar. Será solicitada a participação de voluntários para a demonstração e treinamento.

Uma segunda capacitação será realizada na segunda semana referente à área odontológica. O odontólogo irá instruir a equipe a respeito do encaminhamento para consultas clínicas; sobre as principais doenças bucais e como identifica-las; da importância de um acompanhamento odontológico, principalmente para aqueles que são portadores de doenças sistêmicas; bem como sobre correta instrução de higiene bucal e de próteses dentárias.

As visitas domiciliares serão programadas uma vez por semana, em um turno a ser determinado. A enfermeira da equipe será responsável por registrar as visitas domiciliares em livro de registro específico. Serão definidas nas reuniões semanais conforme a necessidade do idoso e/ou solicitação dele ou dos familiares. O odontólogo participará das visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal de idosos que necessitarem ou, que por outro motivo, solicitarem o atendimento.

Serão realizadas duas ações coletivas durante a intervenção, em que participarão a equipe e a comunidade no salão da unidade de saúde. Serão disponibilizadas duas horas para cada reunião. O convite para a comunidade será feito por meio das agentes de saúde e dos demais profissionais da equipe. Um cartaz será colocado na unidade. Serão dadas orientações multiprofissionais. A enfermeira abordará a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde; a importância da assiduidade às consultas e sua periodicidade; orientações sobre as visitas domiciliares; sobre HA e DM. Serão disponibilizados exames de controle glicêmico e aferição de pressão arterial. Além disso, será solicitada ao gestor a participação de um profissional especializado nas áreas de atividade física e nutricional para orientações sobre prática de atividade física regular e hábitos alimentares saudáveis. Conversar com a palestrante da área nutricional para abordar os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", e abordar a promoção de hábitos saudáveis para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos. O odontólogo palestrará sobre a importância do acompanhamento odontológico para a saúde geral, sobre o atendimento prioritário de idosos, sobre a necessidade da realização de exames bucais; sobre fatores de risco para doenças bucais e da importância do autoexame da boca e como realizá-lo; e sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde para o

correto diagnóstico; da influência das doenças sistêmicas na saúde bucal. Além disso, dará instruções de higiene bucal e de higiene nas próteses dentárias. Serão distribuídos kits de higiene bucal aos idosos.

O atendimento clínico será realizado pela enfermeira e pelo médico da unidade de saúde. A Caderneta do Idoso será entregue pela enfermeira e/ou médico a cada atendimento clínico. O idoso será instruído a sempre portar a Caderneta para que seja atualizada a cada consulta. As consultas abordarão além das ações de rotina, instruções de hábitos alimentares saudáveis e de atividades físicas regulares. Exames complementares serão solicitados conforme a necessidade individual. Idosos com obesidade ou com desnutrição serão monitorados periodicamente. A Avaliação Multidimensional Rápida será realizada anualmente (a princípio). Para o controle será utilizado um sistema de alerta no prontuário. Também serão identificados e monitorados a cada consulta clínica, os idosos de maior risco de morbimortalidade e, com risco para fragilidade na velhice. A enfermeira da equipe priorizará o atendimento aos idosos fragilizados.

No atendimento clínico odontológico, os idosos serão encaminhados pelos profissionais da equipe ou por demanda espontânea, deixando a unidade de saúde com o retorno marcado. Casos de urgência serão atendidos imediatamente. Além disso, idosos de alto risco terão atendimento prioritário. As consultas constarão de exame clínico, elaboração de plano de tratamento, atualização do prontuário odontológico, orientações individuais sobre higiene bucal, higienização de prótese dentária, diagnóstico de alterações de mucosa bucal e tratamento de doenças bucais.

Com relação ao monitoramento da intervenção, a enfermeira da unidade, fará o monitoramento e avaliação através do preenchimento da planilha de coleta de dados (disponibilizada pelo curso) com base nas informações coletadas nas fichas espelho dos atendimentos realizados. Este preenchimento será semanal. Será solicitado ao odontólogo que repasse, semanalmente, os atendimentos realizados, e os demais dados referentes à ficha espelho (adotada para o monitoramento do serviço). A intervenção terá duração de 16 semanas.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas na intervenção e desenvolvidas.

No mês de setembro de 2013 iniciou o trabalho de intervenção na Saúde do Idoso do bairro Boa Esperança no município de Rolim de Moura- RO.

Inicialmente foi realizada uma reunião com os membros da equipe para a apresentação da intervenção. Com a colaboração dos agentes de saúde foi indicado um número de duzentos idosos na área de abrangência que participariam do processo de trabalho. Todo o material necessário foi solicitado à SEMUSA (Secretaria Municipal de Saúde) que no início demonstrou bastante interesse no programa de atenção ao idoso, mas no decorrer do trabalho vários empecilhos foram aparecendo com a falta de recursos.

Todos os idosos da área foram cadastrados pelos agentes de saúde, que se mostraram muito importantes durante toda a intervenção.

Foram realizadas palestras com a comunidade para informar sobre a intervenção e sua grande importância para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da área da ESF Boa Esperança.

Durante todo o trabalho desenvolvido, incluindo as orientações, e as palestras, não houve a colaboração de todos os membros da equipe o que dificultou o desenvolvimento de algumas ações programadas, porém não impediu a realização de muitas outras.

Tivemos bastante dificuldade quanto aos recursos materiais, a falta do glicosímetro, das fitas, dos impressos, caderneta de saúde do idoso. No entanto, com tudo isso, o atendimento foi realizado com todos os idosos cadastrados.

3.2 Ações previstas na intervenção não desenvolvidas.

Todas as metas e ações propostas pela intervenção, com relação à Saúde bucal, não foram cumpridas, pois o odontólogo não participou da intervenção.

Metas não alcançadas: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos; fazer visita domiciliar odontológica em 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática; avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados; avaliar a necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica; realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos; garantir orientações individuais sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática e garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

A ação de monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular - Hiperdia, não foi possível de ser realizada, pois no município não temos acesso aos dados da farmácia, visto que ela encontra-se centralizada na SEMUSA. Talvez com o empenho do secretário de saúde possamos criar um meio para que os dados das medicações fornecidas aos pacientes sejam repassados às equipes de ESF.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção.

O SIAB no município está desatualizado. A ficha de cadastramento das famílias da área de abrangência não é atualizada há 2 anos.

Com tudo isso, fica claro que se o trabalho é realizado, mas não é informado, é como se nada tivesse sido feito. O município precisa urgentemente atualizar seus dados e, descentralizar o sistema de informação para que nosso trabalho seja visto.

Durante todo o processo da intervenção, o mais preocupante, além da falta de recursos materiais, foi o desinteresse dos colegas de trabalho diante do projeto. Ficou claro que não estavam nem um pouco interessados em mais “serviço”, como muitos disseram. Apesar dessas dificuldades, a intervenção continuará presente na rotina das atividades da EFS Boa Esperança, mesmo sem a participação da equipe de Saúde Bucal.

O total desinteresse de alguns colegas mostra o quanto a Atenção Básica, ou melhor, os profissionais da Atenção Básica precisam avaliar seus valores e suas condutas para melhor atender a comunidade deixando um pouco de lado a atenção voltada para a área curativa, ou seja, o pensamento de tratar o agora e pensassem que a prevenção é o melhor meio de melhorarmos a Saúde no nosso país. Durante todo o trabalho um grupo de profissionais foi indispensável, os Agentes Comunitários de Saúde. Sem eles realmente todo o trabalho não poderia ser realizado. Podemos perceber o quanto esse grupo de profissionais é importante. Muitas vezes eles sofrem tanta discriminação, mas na verdade sem os agentes de saúde a ESF não teria como funcionar. Diante disso fica uma gratificação muito grande em tê-los presente na minha equipe.

A planilha de coletas de dados apesar de não ser muito fácil de trabalhar, corresponde exatamente ao esperado após o trabalho, pois com ela foi possível identificar e analisar todo o trabalho realizado.

3.4 Análises da viabilidade da incorporação das ações previstas na intervenção à rotina do serviço.

Todo o processo de trabalho, quando iniciado, muitas vezes não é bem visto por todos, mas com o passar do tempo após os resultados alcançados, espero que todos os profissionais percebam o quanto é importante e necessário o trabalho com a saúde dos idosos. O trabalho em equipe torna-se indispensável para que todos os cuidados sejam prestados, pois nesse sentido trabalhos o paciente num todo onde todas as suas necessidades poderão ser analisadas e atendidas.

Com a intervenção foi possível observar o quanto é importante a atenção voltada à saúde dos idosos e o quanto eles necessitam desse atendimento. Após longos meses de trabalho, percebo que será possível incorporar essa ação programática a rotina do nosso trabalho e espero que todas as equipes de ESF do município possam também oferecer um atendimento diferenciado para os idosos das suas áreas.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Na área de abrangência da ESF Boa Esperança, foram cadastrados 200 idosos. Todo o trabalho desenvolvido foi com referência a estes usuários.

Resultados referentes ao objetivo de ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos.

Meta 1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 80%.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

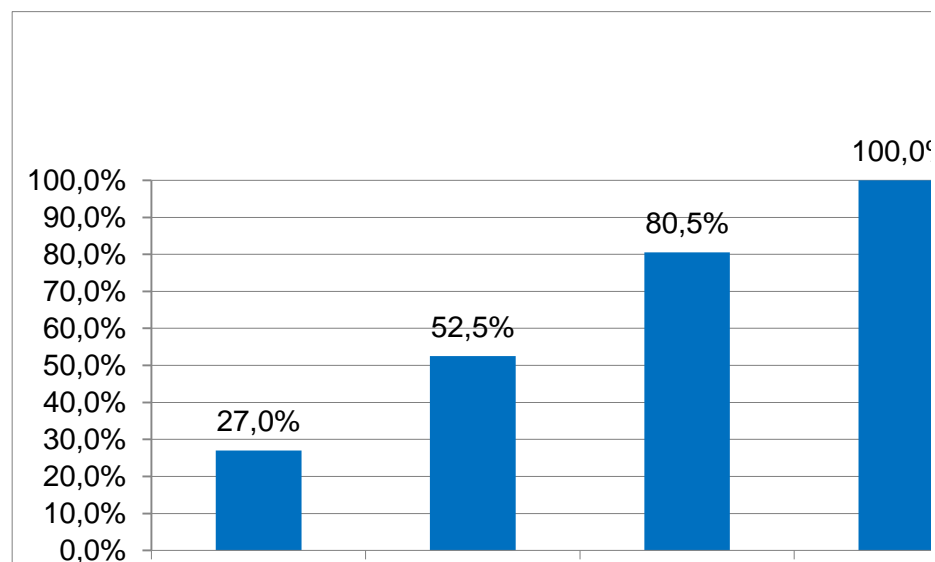


Gráfico 1 – Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde ESF Boa Esperança, Rolim de Moura/RO. Fonte: Planilha de Coleta de dados/UNASUS-UFPeI. 2014.

A intervenção na ESF Boa Esperança do município de Rolim de Moura/RO tratou da melhoria da qualidade do atendimento às pessoas idosas dessa área de abrangência. Os Agentes Comunitários de Saúde cadastraram os 200 idosos que

residem na área de abrangência durante os quatro meses da intervenção, atingindo uma cobertura de 100%.

A meta estipulada foi de 80% para o indicador de cobertura do programa. No primeiro mês, foi atingido o percentual de 27% (54 idosos), evoluindo para 52,5% (105 idosos) no segundo mês, 80,5% (161 idosos) no terceiro, e, finalizando a intervenção com 100% (200 idosos) dos idosos cadastrados.

Todo o trabalho de captação dos idosos foi realizado pelos agentes de saúde que tiveram papel fundamental e indispensável para a cobertura dos 100% dos idosos cadastrados. Foi através das visitas domiciliares que o trabalho de cadastramento foi desenvolvido. As ações que ajudaram o desenvolvimento desta meta foi o intenso trabalho de conscientização por parte da enfermeira para os agentes de saúde, onde a mesma abordou a importância do cuidado com os idosos e com isso os mesmos desempenharam um excelente trabalho de captação e cadastramento dos idosos da área de abrangência.

Meta 2: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Durante o trabalho de cadastramento realizado pelos agentes de saúde, foi possível cadastrar todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção, alcançando um percentual de 100%. Foram cadastrados 18 idosos acamados ou com problemas de locomoção, tendo em vista os 200 idosos da área. Foram 6 idosos no primeiro mês, 7 no segundo (totalizando 13), mantendo este número no terceiro mês, finalizando no quarto mês com o cadastro dos 5 idosos acamados, totalizando 18 idosos.

Meta 3: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visita domiciliar, atingindo a meta estabelecida para a intervenção (100%) nos quatro meses. Foram 18 idosos acamados ou com problemas de locomoção. No primeiro

mês, 6 idosos foram cadastrados como acamados ou com problemas de locomoção, e receberam a visita domiciliar (100%), no segundo mês foram mais 7 idosos (total de 13), mantendo este número no terceiro mês, e finalizando a intervenção com os 5 idosos restantes.

A ação que auxiliou na cobertura de 100% dessa meta foi também a identificação dos idosos acamados pelos agentes de saúde através do cadastramento e visitas domiciliares realizados pelos mesmos.

Meta 4: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

No primeiro mês, 54 idosos tiveram verificação de pressão arterial, 105 no segundo, 161 no terceiro e, finalizando o quarto mês com 200 idosos. A meta qualitativa de 100% foi atingida nos quatro meses de intervenção.

A ação que facilitou a cobertura de rastreamento dos 100% para os idosos hipertensos foi também através do cadastramento dos idosos pelos agentes de saúde que detectaram os idosos hipertensos e encaminharam para a consulta. Todos idosos hipertensos tiveram a pressão arterial verificada na última consulta através do programa de triagem da unidade de saúde, pela técnica de enfermagem e enfermeira.

Meta 5: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 5: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

No indicador referente ao rastreamento do DM, todos os hipertensos foram rastreados, um total também de 100% (20 idosos no primeiro mês, 53 no segundo, 80 no terceiro e, 100 no quarto mês). Nesse caso, mesmo com a falta das tiras do glicosímetro a ação foi realizada, pois foi solicitado exame laboratorial. Durante os primeiros meses, a enfermeira da equipe realizou a glicemia capilar dos pacientes hipertensos, mas com a falta das tiras para o glicosímetro foram solicitados exames laboratoriais para a detecção do DM.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso.

Meta 6: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 6: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Todos os idosos faltosos receberam busca ativa realizada pelos agentes de saúde, permanecendo o indicador em 100% durante os quatro meses da intervenção. A enfermeira comunicava aos agentes de saúde quando o idoso faltava à consulta, estes eram responsáveis pela realização das visitas domiciliares e reagendamento da consulta.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de Saúde.

Meta 7: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 7: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

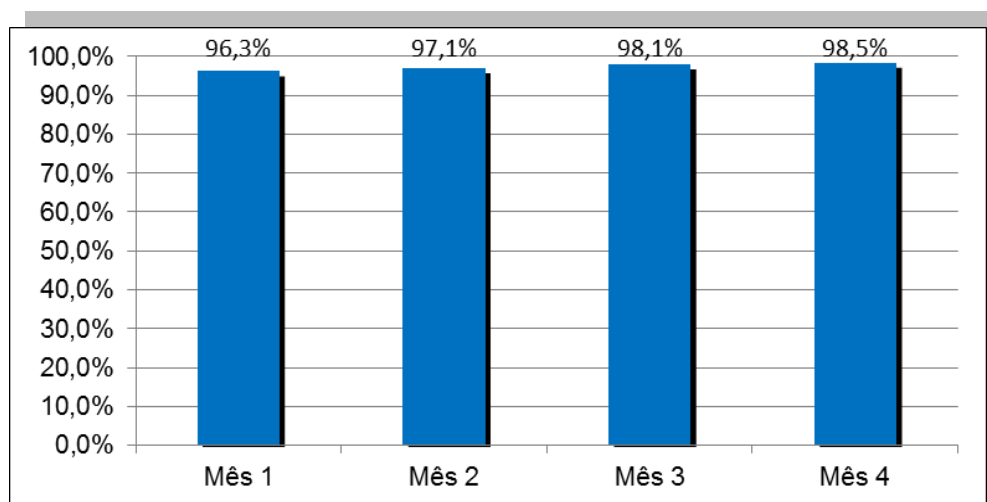


Gráfico 2 – Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na unidade de saúde ESF Boa Esperança, Rolim de Moura/RO.
Fonte: Planilha de Coleta de dados/UNASUS-UFPeL. 2014.

Com relação à avaliação multidimensional rápida tivemos um percentual de 98,5% ao final da intervenção, pois alguns idosos acamados não foram possíveis de realizar esse atendimento devido ao estado debilitado dos pacientes. O mesmo aconteceu com o exame clínico apropriado, foi um valor de 99%.

O que realmente dificultou a realização dessa ação foi a dificuldade de interação com o paciente acamado, muitos dos quais não apresentavam nenhuma reação aos estímulos devido ao seu estado.

Meta 8: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Indicador 8: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

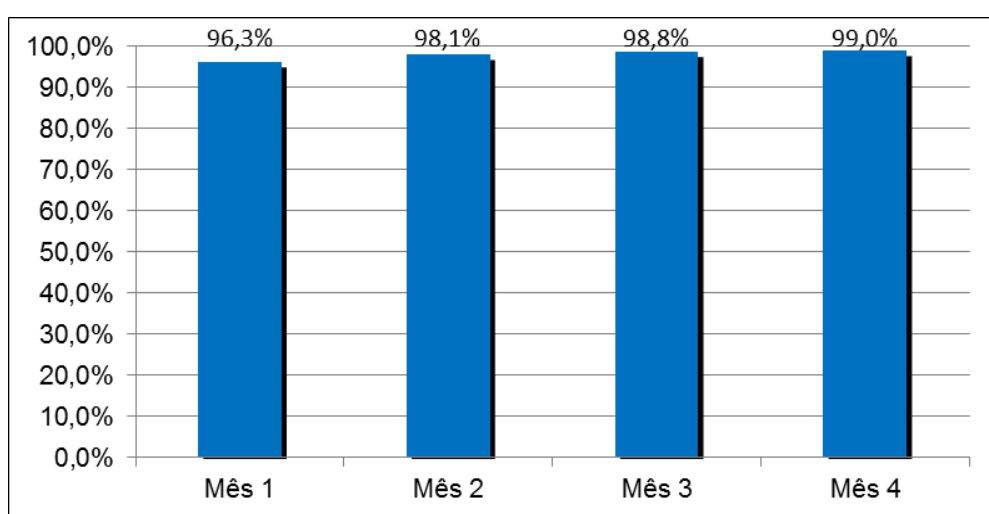


Gráfico 3 – Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na unidade de saúde ESF Boa Esperança, Rolim de Moura/RO.
Fonte: Planilha de Coleta de dados/UNASUS-UFPeL. 2014.

Foi obtido um percentual de 99,5% dos idosos com exame clínico apropriado em dia ao final da intervenção. Os percentuais encontrados com este indicador foram: 96,3%, 98,1%, 98,8% e, 99% respectivamente. O estado debilitado de alguns pacientes impossibilitou a realização do exame clínico de forma completa.

Meta 9: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 9: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos tiveram a solicitação dos exames periódicos em dia. Sendo assim, a meta qualitativa permaneceu em 100% nos quatro meses de intervenção (26 idosos no primeiro mês, 59 no segundo, 86 no terceiro e, 106 no quarto). A enfermeira durante as consultas de enfermagem

realizou a solicitação dos exames complementares para todos os idosos. No município existe um protocolo para que os enfermeiros solicitem exames laboratoriais.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar registro das informações.

Meta 10: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 10: Proporção de idosos com registro, na ficha espelho, em dia.

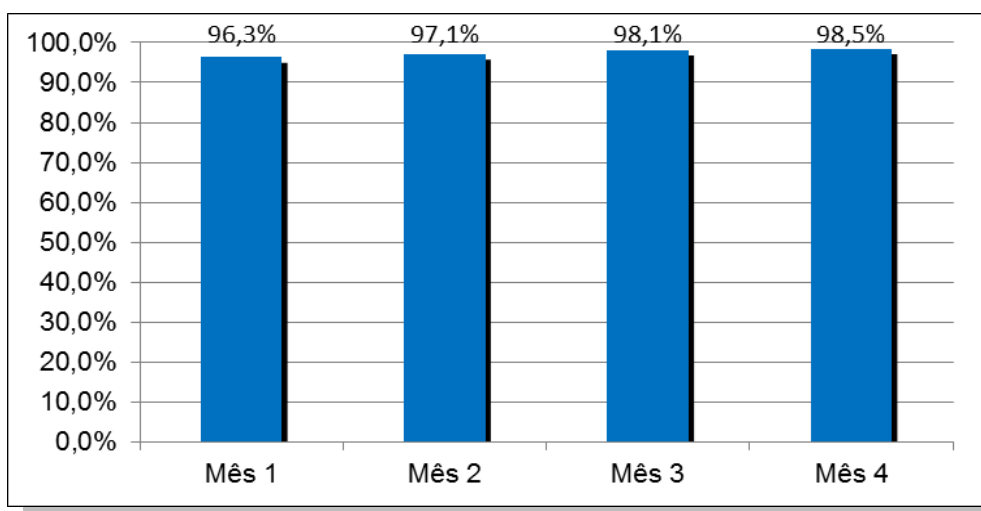


Gráfico 4 – Proporção de idosos com registro, na ficha espelho, em dia na unidade de saúde ESF Boa Esperança, Rolim de Moura/RO.
Fonte: Planilha de Coleta de dados/UNASUS-UFPEL. 2014.

Neste indicador foi obtido um percentual de 98,5% ao final dos quatro meses de intervenção. Foram observados os percentuais de 96% no primeiro mês, 97,1% no segundo e, 98,1 no terceiro, finalizando com 98,5% (que corresponde à 3 idosos que não estavam com ficha espelho em dia). Essa ação foi dificultada, pois alguns pacientes em estado muito debilitado não foram possíveis realizar todos os itens da ficha espelho.

Meta 11: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Indicador 11: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

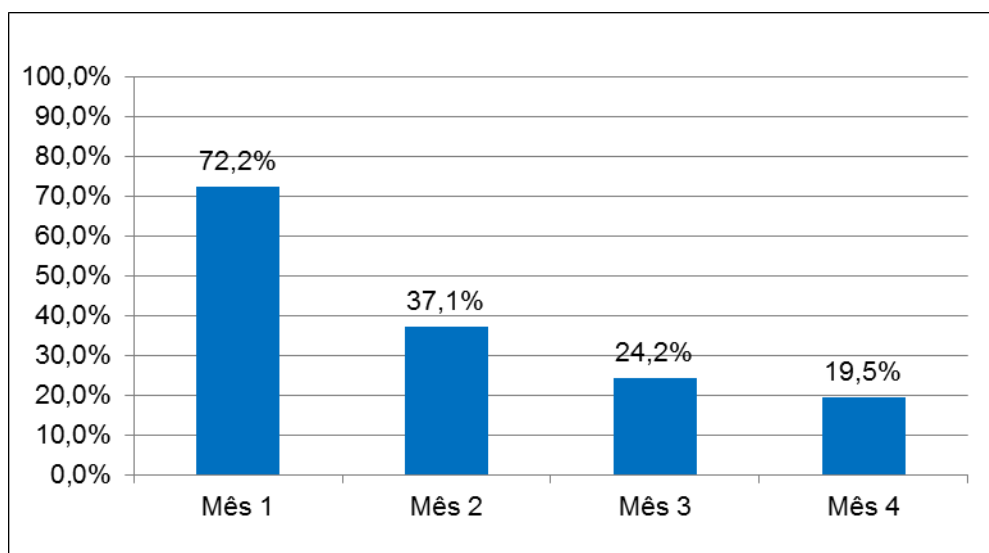


Gráfico 5 – Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na unidade de saúde ESF Boa Esperança, Rolim de Moura/RO. Fonte: Planilha de Coleta de dados/UNASUS-UFPeL. 2014.

A proporção de idosos cadastrados com a caderneta de saúde da pessoa idosa ficou com um valor muito baixo, pois não tivemos o apoio da SEMUSA no fornecimento das mesmas, com isso alcançamos um percentual muito baixo de 19,5%. Um decréscimo pode ser observado, ao longo dos 4 meses, a partir dos 72,2% obtidos no primeiro mês. Isto se deve ao aumento do número de idosos cadastrados e a permanência das 39 cadernetas distribuídas apenas no primeiro mês. Apesar de todos os esforços em solicitar da gestão, as cadernetas não foram providenciadas fazendo com que nossa meta não fosse alcançada.

Resultados referentes ao objetivo de mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 12: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 12: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

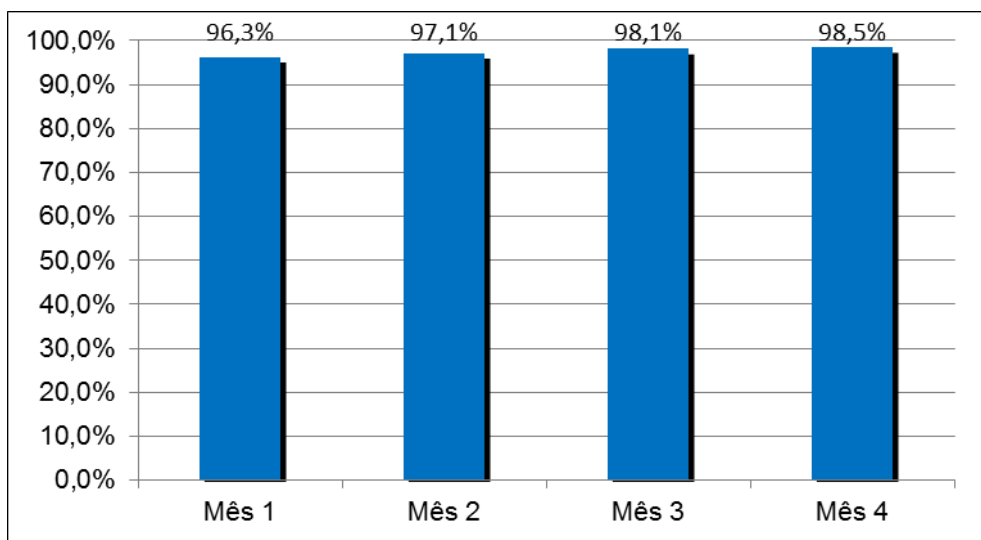


Gráfico 6 – Proporção de idosos com Avaliação de Risco para Morbimortalidade em dia na unidade de saúde ESF Boa Esperança, Rolim de Moura/RO. Fonte: Planilha de Coleta de dados/UNASUS-UFPeL. 2014.

A proporção de idosos com avaliação de morbimortalidade em dia ficou com 98,5%, pois em alguns idosos acamados não foi possível fazer as avaliações devido ao estado debilitado dos pacientes.

Meta 13: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 13: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

A meta de investigar a presença de indicadores de fragilização em 100% foi alcançada. Atingimos 96,3% no primeiro mês (52 idosos de 54), 97,1% (102 de 105 idosos) no segundo mês, 98,1% (158 de 161 idosos) no terceiro e, 100% (200) no quarto mês.

Meta 14: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Indicador 14: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

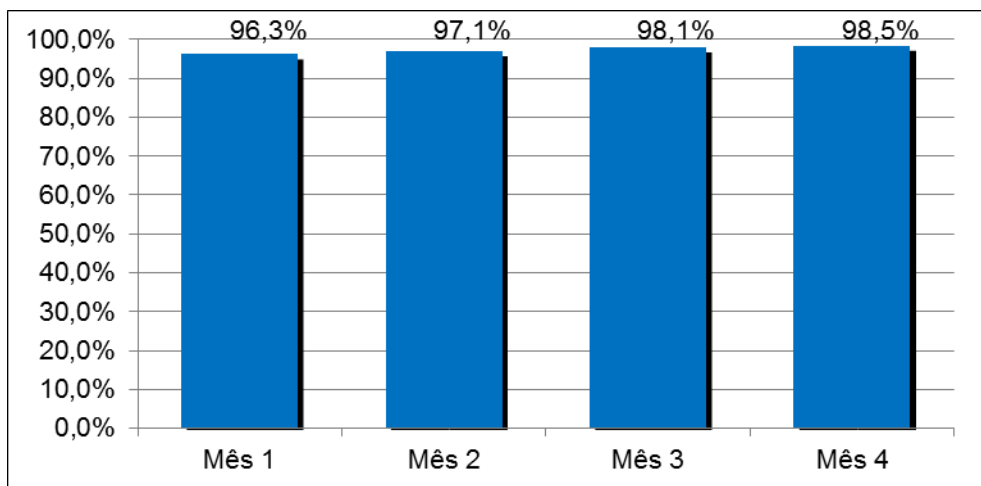


Gráfico 7 – Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na unidade de saúde ESF Boa Esperança, Rolim de Moura/RO. Fonte: Planilha de Coleta de dados/UNASUS-UFPel. 2014.

A meta de avaliação da rede social não foi atingida, conseguimos um percentual de 98,5%. O fator que dificultou o desempenho da mesma foi que em alguns idosos acamados não havia como avaliar, pois na verdade os mesmos não apresentavam resposta aos estímulos verbais, e os familiares não tinham capacidade para intervir.

Resultados referentes ao objetivo de promover a saúde.

Meta 15: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 15: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

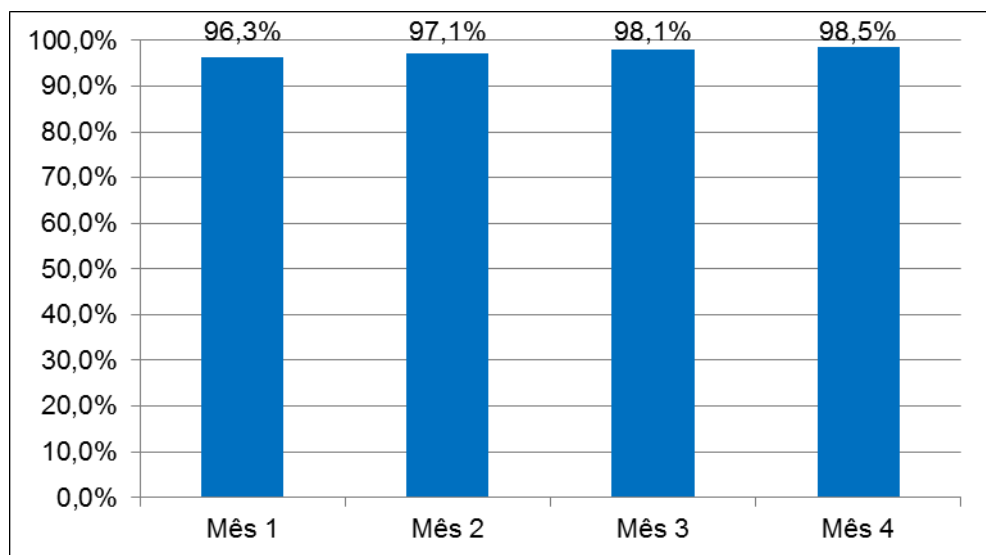


Gráfico 8 – Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na unidade de saúde ESF Boa Esperança, Rolim de Moura/RO. Fonte: Planilha de Coleta de dados/UNASUS-UFPeL. 2014.

Esta meta não alcançou 100%. O percentual deste indicador variou de 96,3%, 97,1% no segundo mês, 98,1% no terceiro e, 98,5% no quarto (3 idosos não receberam as orientações, dos 200 cadastrados). A nutricionista do município contribuiu muito para esta ação. A enfermeira especializanda durante seu atendimento realizava as orientações para hábitos alimentares saudáveis.

Meta 16: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.

Indicador 16: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

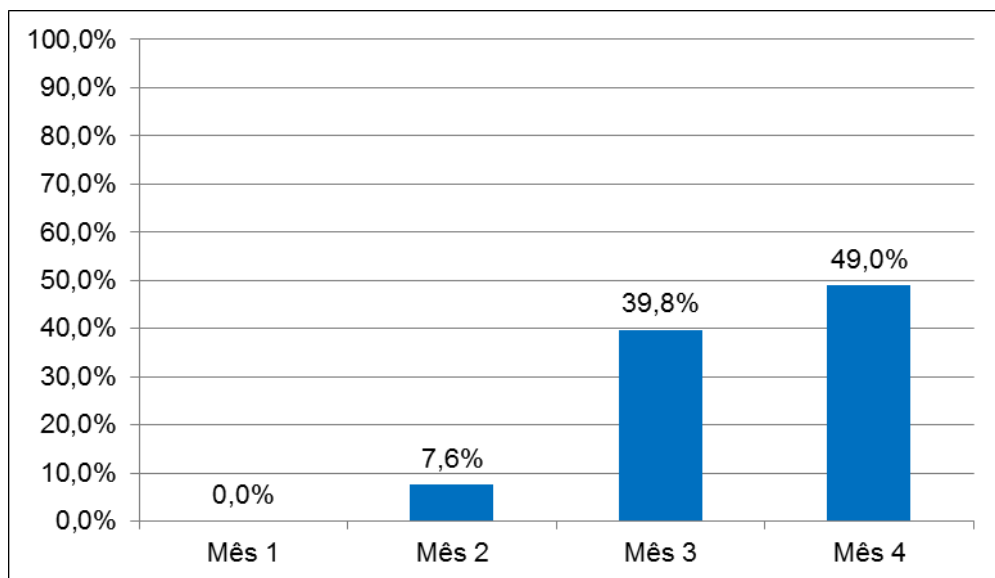


Gráfico 9 – Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na unidade de saúde ESF Boa Esperança, Rolim de Moura/RO. Fonte: Planilha de Coleta de dados/UNASUS-UFPeI. 2014.

Quanto à proporção de idosos que receberam orientação sobre a prática regular da atividade física, no primeiro mês, como não tínhamos no município um educador físico, as orientações não foram feitas. No decorrer da intervenção, a enfermeira especializanda começou a realizar as orientações aos idosos, com isso indicador ficou em 49%.

Indicadores excluídos após o processo de intervenção:

No que diz respeito ao trabalho relacionado à **saúde bucal**, **nenhuma ação foi realizada**, com isso nenhuma das metas foi cumprida. O odontólogo negou-se terminantemente a participar da intervenção. Assim, como dificuldades foram encontradas com relação à participação do médico.

Diante disso não foram calculados os seguintes indicadores: “Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática”; “Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica”; “Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído”; “Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia”; “Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia”; “Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia”; “Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia”; “Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal”.

Além disso, o indicador **“Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos”** não foi calculado. Todos os idosos após consulta médica, conforme as necessidades, recebem a prescrição medicamentosa realizada pelo médico da estratégia. No entanto, a meta de avaliar o acesso aos medicamentos prescritos não foi realizada, pois não temos controle da acessibilidade dos pacientes aos medicamentos já que a farmácia básica não se encontra na unidade de saúde. Um fator que realmente deixa a desejar, pois na verdade todas as UBSs do município deveriam ter uma farmácia local, o que facilitaria o controle do acesso aos medicamentos pelos pacientes.

5 Discussão

A intervenção na unidade de Saúde Boa Esperança, propiciou a ampliação da cobertura da atenção voltada à saúde dos idosos, a melhoria dos registros e o cuidado clínico e todos os fatores que correspondem ao cuidado do indivíduo como um todo, pois foram avaliados todos os aspectos, como: o físico, o social e o psicológico. Com a intervenção foi possível identificarmos o número de idosos na nossa área, assim como todos os que possuem dificuldades e os que precisam de maior dedicação por parte dos profissionais. O exame ficou mais direcionado e tivemos a oportunidade de avaliar um por um dos nossos idosos qualificando com isso a assistência oferecida.

A capacitação da promoveu um trabalho integrado dos membros da equipe: enfermeira, técnica em enfermagem, médico, agentes comunitários de saúde e a nutricionista do município. A equipe de saúde bucal não participou do processo de trabalho. A técnica de enfermagem ficou responsável em realizar a triagem, organizar os registros e orientar os idosos quando necessário, também colaborou no processo das consultas, auxiliando a enfermeira na consulta de enfermagem, nas palestras, e no atendimento individual de cada idoso. A mesma também ficou responsável em agendar o retorno dos idosos. O médico fazia as consultas com avaliação e prescrição quando necessário. A recepção como para todos os pacientes realiza o atendimento inicial ao paciente com a identificação do idoso no sistema e o acolhimento. Como na unidade não tínhamos esse tipo de atendimento ao idoso, ficou para muitos profissionais como mais um serviço para realizar, mas no fim tudo ficou entendido e todos trabalharam em conjunto. Toda a intervenção foi uma modificação em todo o trabalho realizado.

Antes da intervenção o trabalho estava voltado somente com o atendimento médico. Hoje podemos observar que os idosos são atendidos de maneira integrada entre os membros da equipe. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando o atendimento aos idosos. Com a melhoria dos registros foi possível mantermos dados com mais qualidade.

O impacto da intervenção gerou grande satisfação dos idosos da área de abrangência, que se sentem mais valorizados com o trabalho. O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, e gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização.

Ainda faltam algumas melhorias para que o trabalho seja realizado com mais sucesso, como a falta de materiais e a colaboração de alguns membros da equipe. Mas num contexto geral posso dizer que o trabalho sim foi muito gratificante para todos e que o primeiro passo com certeza foi dado, agora é só seguir como rotina mesmo da equipe e aos poucos vamos conseguindo alcançar todos os objetivos propostos. A intervenção poderia ter sido facilitada se todos os membros da equipe tivessem compromisso com o trabalho. A gestão tem muito a colaborar com o trabalho, mas se não partir dos profissionais a mudança nunca acontecerá. O que faltou foi a articulação dos membros da equipe. O médico e o odontólogo alegaram não ter tempo para este “tipo de coisa”.

Hoje, para que todos os profissionais possam aderir à intervenção, seria necessário que a gestão, ou melhor, a coordenação da atenção básica montasse um protocolo de atendimento baseado no projeto de intervenção realizado. Com isso todas as equipes poderiam trabalhar em uma rotina de atenção.

Diante das dificuldades encontradas com relação ao trabalho em equipe, vejo que a incorporação da intervenção na unidade Boa Esperança ficará realmente prejudicada com relação à saúde bucal, mas isso não será um empecilho para que o processo aconteça. Percebo que mesmo sem a colaboração da saúde bucal teremos muito sucesso com essa intervenção, pois foi um trabalho que contribuiu muito para a qualidade da assistência prestada a esse grupo de pessoas. O odontólogo da equipe justifica que não dispõe de tempo para atender toda a demanda, alega que falta recursos materiais, que o consultório não está adequado e que seria muito difícil atenderem de forma tão sistematizada. Mesmo diante de tudo isso, a intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o

trabalho de conscientização da comunidade em relação necessidade de priorização da atenção dos idosos. Todo o trabalho será apresentado aos membros da equipe para a exposição do quanto essa intervenção é necessária e importante.

Avaliando todo o trabalho realizado e diante de todas as dificuldades encontradas, o que na verdade acontece em todas as unidades de saúde, que realmente tem dificuldade em realizar de forma satisfatória e eficaz todas as medidas propostas pelo Ministério da Saúde para atender a todos os programas, percebo que nesse momento a Estratégia Saúde da Família Boa Esperança, precisa de uma intervenção na Saúde das Gestantes. No município nesse momento o Programa de Cadastramento das Gestantes, o SIS Pré-Natal está parado por falta de recursos, com isso as equipes continuam o trabalho de atendimento, mas sabemos que o realizamos, e não registramos, é como se não tivéssemos realizado. Por esse motivo não só a equipe da Unidade Boa Esperança, mas todas no município necessitam realmente de uma intervenção imediata no programa de atenção às gestantes.

5.1 Relatório da intervenção para a comunidade

À Comunidade;

Meu nome é Rosana Fiuza Oliveira Martins, sou Enfermeira-Chefe da unidade Estratégia Saúde da Família Boa Esperança e sou aluna do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) vinculada à Universidade Federal de Pelotas, que especializa os profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família em todo o Brasil. Este curso propõe a realização de uma intervenção no sistema de serviço da unidade de saúde no intuito de qualificar a atenção às pessoas ou na implantação de um serviço que esteja faltando. A minha intervenção teve por objetivo qualificar a atenção à saúde do idoso na ESF Boa Esperança e, foi executado a partir de setembro de 2013, com duração de 4 meses.

Todos os idosos da área de abrangência foram cadastrados na unidade para serem acompanhados. Foram realizadas palestras com a comunidade para informar sobre o projeto e sua grande importância para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da área da ESF Boa Esperança. Todo o trabalho realizado repercutiu muito o processo de trabalho da equipe, mas no final mesmo diante de muitas dificuldades foi observado que a intervenção mudou muito a atenção voltada aos idosos. O desempenho dos agentes de saúde foi excelente, todos participaram de forma ativa e conseguimos alcançar nosso objetivo realmente pela participação ativa dos ACS. Durante o processo de trabalho algumas dificuldades foram acontecendo, como a falta de colaboração da equipe de Saúde Bucal, que não participou do programa. Mas como iremos continuar com o trabalho, espero que toda a equipe possa estar participando de forma ativa. Com relação aos materiais, algumas ações não tiveram êxito por falta dos recursos, como: caderneta de saúde da pessoa idosa, as fitas de glicosímetro, entre outras. Todo o material foi solicitado à SEMUSA, mas não houve um retorno favorável.

Como parte do nosso processo de trabalho, iremos continuar atendendo os idosos de forma sistemática e organizada para que tenhamos idosos com mais qualidade de vida na nossa área de abrangência. Inicialmente foi realizada uma reunião com os membros da equipe para a apresentação do projeto. Com a colaboração dos agentes de saúde foi indicado um número de duzentos idosos na área de abrangência que participariam do processo de trabalho. Todos os idosos

da área foram cadastrados pelos agentes de saúde os quais foram muito importantes durante toda a intervenção.

Seria muito importante que a comunidade divulgasse esse tipo de atendimento e que todos os cuidadores sejam parceiros nessa nossa luta para a melhoria da qualidade de vida da nossa população idosa. Muito trabalho de educação em saúde ainda precisa ser realizado para que todos tenham consciência do valor desse tipo de atendimento. Os agentes de saúde vão continuar o processo de cadastramento na área de abrangência para que todos os idosos sejam assistidos pelo programa.

Todo o processo de trabalho quando iniciado muitas vezes não é bem visto por todos, mas com o passar do tempo após os resultados alcançados espero que todos os profissionais percebam o quanto é importante e necessário o trabalho com a saúde dos idosos. O trabalho em equipe torna-se indispensável para que todos os cuidados sejam prestados, pois nesse sentido trabalhamos o paciente num todo onde todas as suas necessidades poderão ser analisadas e atendidas.

5.2 Relatório da intervenção para os gestores

Ao Secretário Municipal de Saúde de Rolim de Moura;

A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) vinculada à Universidade Federal de Pelotas especializa os profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família em todo o Brasil. Este curso propõe a realização de uma intervenção no sistema de serviço da unidade de saúde no intuito de qualificar a atenção às pessoas ou na implantação de um serviço que esteja faltando.

Meu nome é Rosana Fiuza Oliveira Martins, sou Enfermeira-Chefe da unidade Estratégia Saúde da Família Boa Esperança e sou aluna deste curso de especialização. A minha intervenção teve por objetivo qualificar a atenção à saúde do idoso na ESF Boa Esperança e, foi executado a partir de setembro de 2013, com duração de 4 meses.

A intervenção foi realizada nos meses de setembro de 2013 a janeiro de 2014, na unidade da Estratégia de Saúde da Família, do bairro Boa Esperança no município de Rolim de Moura- RO; tendo enfoque na qualificação da atenção à saúde do idoso. Como primeiro passo, os idosos residentes na área foram cadastrados pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Ao total, foram observados duzentos idosos residentes na área de abrangência.

Foram realizadas três palestras na comunidade com o objetivo de informar sobre o projeto e sua importância para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da área da ESF Boa Esperança, bem como instigar a disseminação desta ideia e estimular a adesão de todos.

Intervir no sistema de saúde de modo a qualificar a atenção necessita da participação de todos da equipe, realizando assim um trabalho inter e multidisciplinar, como conceitua a Estratégia de Saúde da Família. No entanto, durante todo o trabalho desenvolvido, não tive o apoio e colaboração de todos os membros da equipe, com exceção da técnica em enfermagem e os agentes de saúde. O que dificultou imensamente o desenvolvimento das ações programadas; porém não impediu a realização de muitas outras. Durante todo o trabalho um grupo de profissionais foi indispensável, os Agentes Comunitários de Saúde, sem eles realmente todo o trabalho não poderia ser realizado. Podemos perceber o

quanto esse grupo de profissionais que muitas vezes sofrem tanta discriminação, mas que na verdade sem os agentes de saúde não teria como funcionar a ESF.

Tivemos bastante dificuldade quanto aos recursos materiais, a falta do glicosímetro, das fitas, dos impressos, caderneta de saúde do idoso. No entanto com tudo isso, o atendimento foi realizado com todos os idosos cadastrados. As fitas para o teste de glicemia capilar são importantes, pois qualquer alteração seria observada no momento da consulta, facilitando assim o processo de trabalho. No entanto, foi solicitado o teste de glicemia laboratorial. Com relação à caderneta de saúde do idoso, a mesma é indispensável, pois todos os dados dos pacientes são anotados nelas, e os impressos são na realidade indispensáveis. Como visto não seria impossível para a gestão providenciar estes materiais. O maior empecilho de toda a intervenção foi a falta de colaboração de alguns profissionais da equipe.

A intervenção me permitiu observar o quanto é importante a atenção voltada à saúde dos idosos e o quanto eles necessitam desse atendimento, pois são um grupo cada vez maior na nossa população e que realmente merecem e precisam de cuidados especiais.

Para que o processo de atendimento na Atenção Básica ocorra de forma satisfatória é necessário todo esse cuidado com nossos idosos, pois com um programa de atenção eficiente teremos menos idosos com complicações de saúde e que muitas vezes necessitariam de atendimento hospitalar, desafogando e realizando o verdadeiro papel de atenção primária à saúde. Para o município e para o estado o gasto com a saúde curativa vem sendo cada vez maior, por esse motivo a necessidade de mais investimento e qualificação dos profissionais da Atenção Básica é de grande importância, o que consequentemente diminuirá os gastos com emergências, urgências e internações hospitalares. Muitos dos problemas ou complicações poderiam ser evitados se todas as equipes da ESF realmente atendessem com qualidade a Saúde do Idoso.

O projeto de intervenção na saúde do idoso realizado na ESF Boa Esperança foi um grande passo dado para a melhoria da qualidade de vida dos idosos dessa área de abrangência. Com o apoio e incentivo dos nossos gestores teremos o mais breve possível todas as equipes trabalhando em conjunto nesse processo de atendimento. Espero que todas as equipes de ESF do município de Rolim de Moura possam, a partir deste ano, trabalharem todos em conjunto,

oferecendo um atendimento de forma mais integral e com qualidade para os idosos do município.

Com a intervenção desenvolvida ao longo desses quatro meses, alcançamos ótimos resultados, como: 100% de ampliação da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde; 100% de cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e realização de visita domiciliar; 100% de rastreamento dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica, assim como os idosos hipertensos foram rastreados para Diabetes; todos os idosos faltosos receberam busca ativa. Algumas metas não alcançaram 100% de cobertura, devido ao estado de saúde de alguns pacientes. No entanto uma meta muito importante, a de Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa, ficou com um percentual muito baixo de 19,5%, pois realmente faltou o apoio da SEMUSA em providenciar o material solicitado.

Para que todo o trabalho aconteça de forma satisfatória, realmente precisaremos muito da colaboração dos nossos gestores, pois sem isso não conseguiremos atingir nossos objetivos.

6 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A saúde do idoso vem sendo uma das prioridades do Ministério da Saúde, tendo em vista que a população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. De acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde, a atenção voltada à saúde do idoso deve ser de forma sistemática e contínua. Na equipe da ESF Boa Esperança todo o trabalho desenvolvido com os idosos, não era realizado de forma padronizada, os pacientes eram atendidos de maneira rotineira assim como os demais.

As maiores expectativas no início da intervenção eram se as metas poderiam ser cumpridas e se o trabalho seria bem visto por todos os membros da equipe. Durante todo o processo de intervenção foi possível observar o quanto é importante o trabalho de prevenção e o quanto nós como profissionais podemos mudar a forma como saúde pública vem sendo direcionada no Brasil.

Durante o início do trabalho, muitas ideias foram surgindo a respeito de como esse trabalho aconteceria. Foi analisada a maneira como vinha sendo o atendimento aos idosos ao longo de muitos anos. E com isso surgiu o grande questionamento: O atendimento oferecido pela equipe aos idosos realmente aborda as recomendações do ministério da saúde? Com isso surgiu certa expectativa de que seria um trabalho intenso e que melhoraria muito a assistência aos pacientes.

Num primeiro momento surgiu certo receio de que seria muito trabalhoso e quase impossível de ser realizado, mas com o passar do tempo foi possível perceber que era na realidade era uma grande complementação do trabalho que já era realizado, mas de forma organizada, sistemática e direcionada a um grupo de pessoas.

Inicialmente surgiu a certeza de que todos os membros da equipe participariam do processo de trabalho. No entanto no decorrer das atividades foi possível observar o quanto alguns colegas não tiveram compromisso com a intervenção. Na realidade após todo o trabalho desenvolvido, pude perceber que o grande problema para que essa intervenção acontecesse de forma satisfatória foi realmente o fato de termos em nossa área de abrangência um número extremamente grande de pessoas. Como o atendimento médico, por exemplo, o médico da equipe continuou seu trabalho de atendimento da forma com sempre atendeu, claro que algumas considerações para que o atendimento clínico da enfermeira fosse possível, como anotações dos exames, etc. O médico registrava tudo no prontuário para que a mesma pudesse realizar as atividades propostas pela ficha espelho.

Então tivemos que readequar nosso trabalho para que a intervenção pudesse acontecer. Com relação à equipe de saúde bucal, no início foi dito o quanto o trabalho desse grupo tinha limitações. Como não atendiam somente a área de abrangência, ficaria muito difícil separar os pacientes do bairro para o processo da intervenção. Então hoje percebo que o maior fator para que todos se dedicassem realmente foi a falta de motivação por parte dos profissionais, pois o excesso de pacientes para atender e a falta de uma reorganização do próprio serviço contribuiu muito para o desinteresse por parte de muitos.

Digamos que a grande revelação foi o trabalho desenvolvido pelos agentes de saúde, que realizaram todas as atividades propostas, foi realmente muito satisfatório o desempenho dos mesmos.

Com relação à gestão, tivemos muitos empecilhos, pois houve a troca do quadro dos gestores, a falta de recursos no município. No início todos os materiais foram providenciados e no decorrer começaram as dificuldades com a falta dos mesmos, como a caderneta de saúde da pessoa idosa e as fitas para o glicosímetro.

Com esta especialização em Saúde da Família foi possível observar o quanto nós profissionais podemos fazer a diferença ao trabalharmos com responsabilidade, organização e principalmente dedicação. A área da saúde pública vem crescendo a cada dia e cada vez mais com profissionais comprometidos com o trabalho. Um dos fatores considerados de grande importância foi perceber o quanto esse grupo de pessoas, os idosos, gostaram do atendimento, o quanto eles se sentiram importantes, e como precisam do nosso trabalho. Foi realmente muito gratificante.

Durante a intervenção, nas consultas de enfermagem, muitas vezes foi observado o quanto os idosos realmente precisam na verdade era de atenção, dialogar e expor suas necessidades.

Percebo que todo processo de trabalho, se feito com dedicação não tem como dar errado. Precisamos de incentivo, colaboração da gestão, condições favoráveis para que o trabalho possa acontecer como recomenda o Ministério da Saúde.

Ficou claro que se as equipes da ESF do município de Rolim de Moura trabalhasse com o número ideal de famílias, o trabalho poderia ser realizado com mais qualidade, e com a dedicação de todos os membros da equipe, não só na saúde do idoso, como nas demais áreas.

De acordo com a proposta do Ministério da Saúde junto aos profissionais da atenção básica, que visa o melhor atendimento oferecido a população e a visão do acolhimento e participação da comunidade no processo de trabalho da saúde da família na área de abrangência, foi possível identificar que é através do acolhimento realizado nas unidades de saúde que podemos observar quais as maiores necessidades da nossa população e dessa forma poderemos melhor assistir esses pacientes, e o quanto a participação da comunidade é importante para o processo de trabalho.

Diante do que foi exposto fica a gratificação de um trabalho que está apenas começando e muito trabalho ainda teremos pela frente. Mas fica a certeza de que o primeiro passo já foi dado para transformação de um modelo de assistência que precisa ser mudado para a construção de um futuro melhor para a Saúde Pública do país.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica; n. 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Série Pactos pela Saúde 2006: Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília: Ministério da Saúde, v. 12, 2010. 44 p.

CENSO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010 – Rolim de Moura**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/en/>>. Acesso em: nov. 2013.

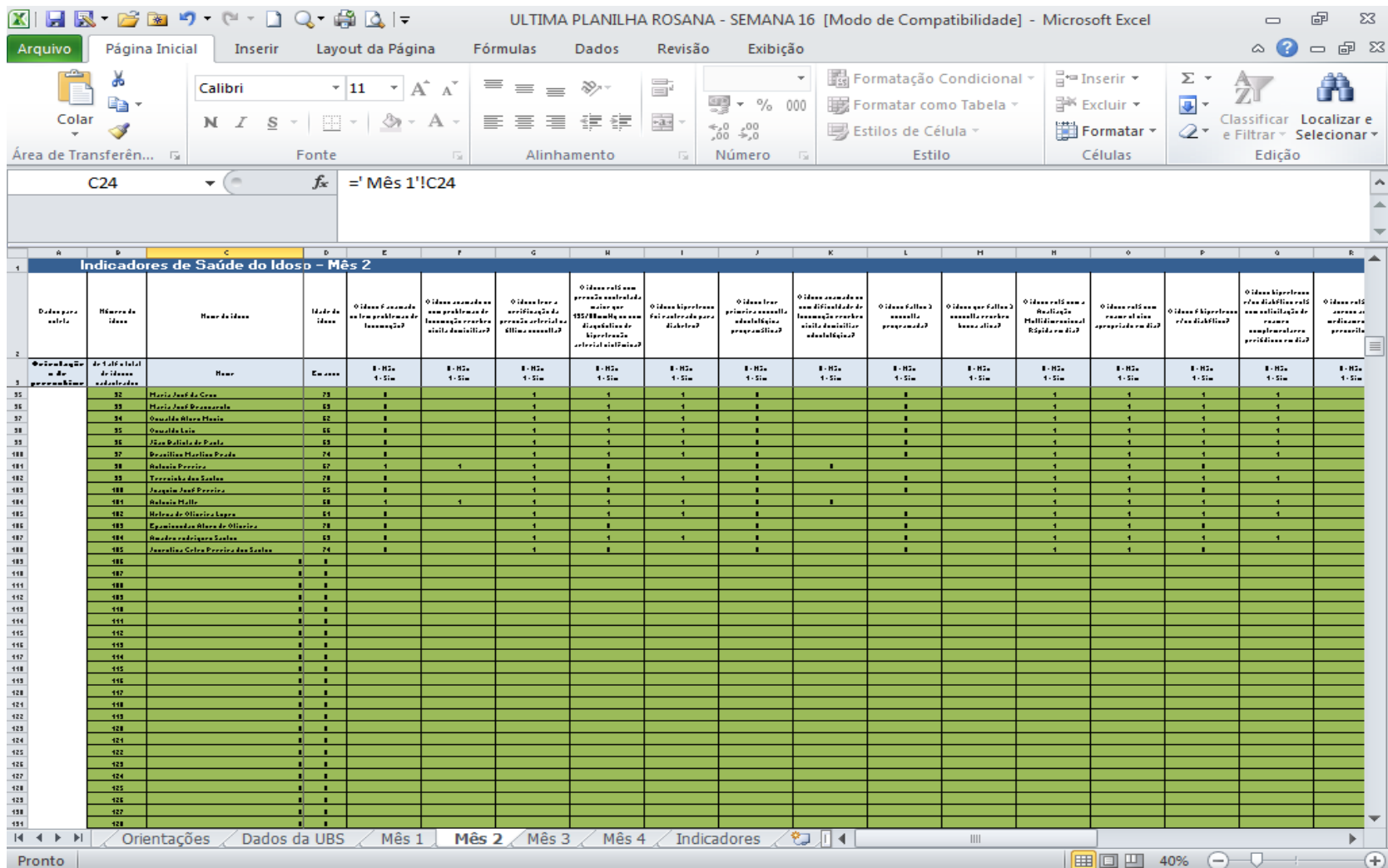
MEDEIROS, U. V.; FREIRE, J. C. A. Implantação da saúde bucal no programa saúde da família no município do Bom Jesus do Norte – ES. **UFES Rev. Odontol.**, Vitória, v. 7, n. 2, p.29-35, 2005.

WIKIPÉDIA. **Rolim de Moura**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Rolim_de_Moura>. Acesso em: 24 abr. 2014.

Anexos

[illegible][illegible]

Anexo B – Planilha de Coleta de Dados.



Anexo C- Documento do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.


Ilma Srª

Profa Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Apêndices

Apêndice A – Ficha de Cadastro do Idoso utilizada na UBS deste estudo.

Programa de Atenção a Saúde do Idoso

Ficha de Cadastro do Idoso

Nome: -----

Endereço: -----

Número do prontuário: -----

Cartão Sus: -----

Sexo: ----- Idade: -----

Data de nascimento: -----Naturalidade: -----

Profissão: -----Aposentado: Sim () Não()

Estado civil: -----

Escolaridade: ----- Religião: -----

Nome do cuidador: -----

Problemas de locomoção: sim() não() É acamado: sim() não()

Doença atual: -----

Medicações em uso: -----

Atividades de lazer: leitura () TV() Música() Jogos() Trabalhos manuais()

Outros: -----

Mobilidade: Deambulação independente () Bengala () Andador () Cadeira de rodas () Auxílio de terceiros () Outros:-----

ACS: -----

Data: -----